

破血化瘀填精补髓方剂对脑出血大鼠模型神经营养因子 BDNF 表达的影响*

张轶丹 赵建军 金 曦 王泽玉 李 霞 于 兰
郑 鹏 崔雅斌 荣春书 王庆伟 温 泉
(长春中医药大学附属医院, 吉林 长春 130021)

中图分类号: R285.5 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0001-04
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.001

【摘要】目的 观察破血化瘀填精补髓方剂对脑出血大鼠脑出血后不同时间点脑源性神经生长因子(BDNF)表达的影响。**方法** 选用 Wistar 大鼠复制脑出血大鼠模型, 观察不同剂量破血化瘀填精补髓方剂改善脑出血大鼠神经功能缺损的作用, 及出血后不同时间点神经营养因子 BDNF 表达情况。**结果** 在给药第 1、3、7 日, 脑出血损伤增加损伤区域内的 BDNF 阳性细胞数量; 而且在损伤的第 3 日因损伤刺激出现的 BDNF 阳性细胞数量达到高峰, 第 7 日已经开始回落。应用破血化瘀填精补髓方剂干预后, 可以延长 BDNF 阳性细胞数量达到高峰的时间。**结论** 破血化瘀填精补髓方剂能明显改善脑出血大鼠神经功能缺损; 其作用机制可能与上调脑出血血肿周围损伤组织中 BDNF 表达有关。

【关键词】 脑出血 神经营养因子 破血化瘀填精补髓方剂

Effect of Poxuehuayutianjingbusui Decoction in the Expression of Neurotrophic Factor BDNF in Experimental ICH Rats ZHANG Yidan, ZHAO Jianjun, JIN Xi, et al. The Affiliated Hospital to Changchun University of Chinese Medicine, Jilin, Changchun 130021, China

【Abstract】Objective: To investigate the Poxuehuayutianjingbusui Decoction on the expression of neurotrophic factor BDNF in rats with cerebral hemorrhage. **Methods:** Wistar, establishment of rat models with cerebral hemorrhage broken blood stasis, were used the Poxuehuayutianjingbusui Decoction. They were observed the improvement of hemorrhage rat neural function defect effect and the expression of bleeding at different time points after the neurotrophic factor BDNF. **Results:** In the administration of the 1 st, 3 rd, 7 th day, cerebral hemorrhage injury increased damage within the region the number of BDNF positive cells; and on the third day injury due to damage to stimulate the emergence of the number of BDNF positive cells reached the peak, seventh days have begun to fall. And the application of Poxuehuayutianjingbusui Decoction intervention can prolong the time of the amount of BDNF positive cells reached the peak of the it. **Conclusion:** Poxuehuayutianjingbusui Decoction can significantly improve the neurological function of rats with intracerebral hemorrhage related defects; the expression of BDNF damage tissue around the hematoma and its mechanism may be related to the upregulation of cerebral hemorrhage.

【Key words】 Cerebral hemorrhage; Neurotrophic factor; Poxuehuayutianjingbusui Decoction

出血性中风的病死率、病残率均居脑血管病之首^[1]。而脑出血后的脑组织继发损伤及其治疗一直被人们所关注。脑源性神经生长因子(BDNF)是脑内分布最广的神经营养因子。其对神经元的存活、分化、生长发育起到重要作用, 并能防止神经元受损伤死亡、改善神经元的病理状态、促进 NSC 的增殖、分化等生物效应。本研究观察破血化瘀填精补髓方剂对实验性脑出血大鼠神经系统体征及神经功能缺损评分的影响, 同时检测出血后不同时间点神经营养因子蛋白表达变

化, 探索破血化瘀填精补髓方剂对实验性脑出血大鼠脑出血损伤修复的机制。

1 材料与方法

1.1 实验动物 实验所需的全部动物为清洁级的 Wistar 大鼠(由吉林大学实验动物中心提供), 均随机选取谱系纯正、健康的, 体质量控制在 250~320 g, 雌性雄性各半, 总计 126 只。

1.2 实验药物 破血化瘀填精补髓方剂, 组成: 石菖蒲 15 g, 全瓜蒌 20 g, 烫水蛭 8 g, 生大黄 10 g, 蒲黄 15 g, 龟板胶 10 g, 虻虫 5 g, 三七 10 g。将药物常规浸泡 30 min 后煎煮, 每剂煎煮 3 次, 将 3 次煎煮的药物

* 基金项目: 国家中医药管理局中风病破血化瘀重点研究室项目

混和在一起,去渣后将药液进行浓缩,约为 95 mL,放入 4℃冰箱中备用。定时取出重新煎煮浓缩,使 1 mL 药液中含有生药 1 g(实验药物均由长春中医药大学第一附属医院中药实验室提供)。对照药物为醒脑健神胶囊(批号:921116,长春中医药大学第一附属医院制剂室)。

1.3 仪器与试剂 电热恒温培养箱 JC303A-T 型(成都一恒科技有限公司);高压灭菌锅(杭州亚旭生物科技有限公司);电热鼓风干燥箱 DGX-8243B 型(杭州汇尔仪器设备有限公司)生物组织包埋机 BMJ-1(天津航空机电有限公司);电热恒温水浴箱(杭州蓝天化验仪器厂);大鼠脑立体定位仪(美国 STOELTING 公司);组织切片机(德国施利精密技术公司);图像分析系统(美国 Image-Pro Plus)PV-6000 免疫组化二步法检测试剂盒(北京中杉金桥生物技术有限公司);DAB 试剂盒(浓缩型)(北京中杉金桥生物技术有限公司)

1.4 给药与分组 按照随机原则,将 126 只大鼠随机分成空白组、假手术组、脑出血模型组和破血化瘀填精补髓方剂高、中、低剂量组及对照组,每组中再分出 1、3、7 d 3 个亚组,每个亚组各 6 只。假手术组按照 1.0 mL/100 g 体质量灌胃 0.9%氯化钠注射液;脑出血模型组按照 1.0 mL/100 g 体质量 0.9%氯化钠注射液灌胃;空白组给予常规普通饲料饲养;对照组将对照药物溶于 2 mL 水中,按照 30 mg/100 g 体质量灌胃中药汤剂;给药均为每日 1 次。破血化瘀填精补髓方剂组大鼠用药按正常临床患者每日所需的用量与体质量折算系数比,计算出相当于低、中、高剂量的用量(0.5 mL/100 g,1 次/d;1.0 mL/100 g,1 次/d;1.0 mL/100 g,2 次/d)。

1.5 模型制备 参考文献[2-3]报道方法,大鼠脑出血模型的建立采用 10%水合氯醛(320 mg/kg 体质量),由腹腔注射进行麻醉;将大鼠固定在鼠脑立体定位仪上,常规消毒,用手术刀切开大鼠头部正中皮肤备用;将大鼠尾根部进行常规消毒,抽取 50 μ L 鼠尾动脉血备用;将 50 μ L 大鼠尾动脉血注入目标出血区,用骨蜡填补钻孔,缝合大鼠头顶及腹侧尾根部刀口。建立模型后将大鼠放回标记完毕组别的鼠笼中饲养。以上全部操作均严格按照无菌操作规程下操作。假手术组操作方法同上,但不向脑内注血。

1.6 神经功能评分方法 大鼠神经功能评分采用 Longa 法^[4],0 分:无明显的神经功能缺损。1 分:提尾实验结果呈阳性,即前肢出现屈曲状态,但不伴随其他的不正常反应。2 分:侧向推力实验结果呈阳性,即侧推抵抗力有下降,同时伴随前肢屈曲状态,但没有自由行动时自发性旋转的行为。3 分:提尾实验和侧向推力实验结果均呈阳性,且伴随自由行动时自发性旋转,向瘫痪侧划圈。

1.7 标本采集与检测 分别于 1、3、7 d 时间点处死大

鼠取脑,然后在切面鼠脑的后侧取厚度约为 5.0 mm 的脑组织留作备用。组织固定,梯度脱水,石蜡包埋,切片机切片,进行常规苏木精-伊红染色及免疫组织化学技术染色。将脑组织切片放在光学显微镜下观察,随机连续选取出血灶边缘 5 个视野,应用显微图像采集系统对所观察的镜下图像进行分析,记录每个视野范围内的阳性细胞的数目。

1.8 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件检验。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组大鼠神经功能缺损程度评分 见表 1。研究结果表明与假手术组大鼠比较,模型组大鼠因脑出血影响,神经功能明显障碍,一般状况差,大鼠的进食量明显减少,出现消瘦,体质量减轻,毛色灰暗无光泽。对照组和破血化瘀填精补髓方剂高、中、低剂量组大鼠在给药 3 d 和 7 d 后与模型组大鼠比较,上述症状明显改善。与假手术组大鼠比较,模型组大鼠出现明显的神经功能障碍体征,出现偏瘫症状,左侧肢体废用,以前肢为重,行走呈顺钟向追尾状。与模型组大鼠比较,对照组和破血化瘀填精补髓方剂高、中剂量组大鼠在给药 3 d 和 7 d 后上述症状明显改善($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

表 1 各组大鼠神经功能缺损程度评分比较($n=6$,分, $\bar{x} \pm s$)

组别	1 d	3 d	7 d
假手术组	0	0	0
模型组	1.50 $\pm$ 0.27	3.51 $\pm$ 0.41	0.67 $\pm$ 0.11
对照组	1.32 $\pm$ 0.32	2.67 $\pm$ 0.29*	0.57 $\pm$ 0.08**
低剂量组	1.41 $\pm$ 0.31	2.59 $\pm$ 0.27*	0.25 $\pm$ 0.09**
中剂量组	1.33 $\pm$ 0.21	2.15 $\pm$ 0.67**	0.16 $\pm$ 0.7**
高剂量组	1.31 $\pm$ 0.12	1.88 $\pm$ 0.36**	0**

与模型组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$ 。下同。

2.2 BDNF 免疫组织化学染色结果 见表 2 和图 1。研究结果表明在给药第 1 日,与假手术组比较,模型组 BDNF 阳性细胞数无明显变化,差异无统计学意义($P > 0.05$)。与模型组比较,对照组和破血化瘀填精补髓方剂低、中、高剂量组 BDNF 阳性细胞数同样差异无统计学意义($P > 0.05$)。第 3 日,与假手术组比较,模型组 BDNF 阳性细胞数明显增高($P < 0.01$)。与模型组比较,对照组和低剂量组 BDNF 阳性细胞数同样略有增高,但差异无统计学意义(均 $P > 0.05$)。高剂量组及中剂量组 BDNF 阳性细胞数明显增高,与模型组比较具有显著的统计学意义(均 $P < 0.05$)。第 7 日,与假手术组比较,模型组 BDNF 阳性细胞数目明显增高,有显著的统计学意义($P < 0.01$)。与模型组比较,对照组 BDNF 阳性细胞数明显增高($P < 0.01$);低剂量组 BDNF 阳性细胞数略有增高,无有统计学意义($P > 0.05$)。中剂量组

及高剂量组BDNF 阳性细胞数明显增高,与模型组比较具差异明显(均 $P<0.01$)。低、中、高剂量组大鼠BDNF 阳性细胞数目在术后第1日,第3日和第7日,随时间变化有显著的变化,与第1日比较,第3日和第7日BDNF 阳性细胞数目明显增加($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表2 各组大鼠BDNF 阳性细胞数比较($n=6, \bar{x} \pm s$)

组别	1 d	3 d	7 d
假手术组	32.09±4.82	32.3±6.38**	31.43±6.79**
模型组	1.50±0.27	65.26±8.6	60.18±6.35
对照组	47.41±5.73	70.03±5.94	85.79±6.35**
低剂量组	49.65±5.94	65.51±6.35	73.26±7.16
中剂量组	56.92±5.11	74.2±6.55*	84.19±7.57**
高剂量组	55.99±5.94	79±5.73*	85.24±8.4**

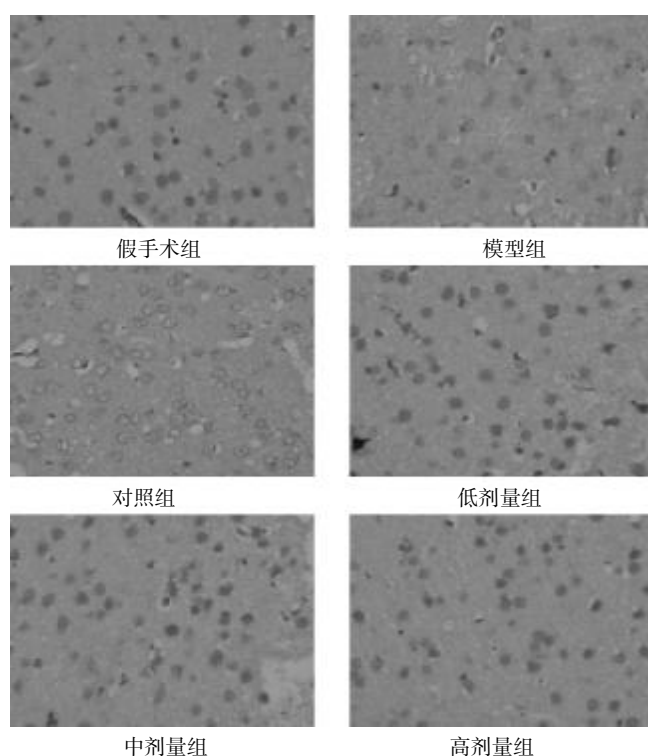


图1 各组大鼠第7日BDNF 蛋白表达情况

3 讨论

中医学认为,出血性中风其病位在脑。脑是人体的重要器官,外为头面,内为脑髓,在人的生命活动中起着重要的作用。“脑为髓之海,属奇恒之腑”,这是早在《内经》时期就已明确指出的,同时,这也是“脑髓学说”形成的早期的理论基础^[5]。中医经过后世的不断发展完善,逐渐形成了独特的脑髓理论学说。据此,笔者提出了“瘀阻脉络,髓虚毒损”的出血性中风的新病机学说。其中髓虚毒损贯穿疾病始终;瘀是中风发病的基本病理基础。同时提出了“破血化瘀、填精补髓”的治疗总则。破血化瘀填精补髓方剂由水蛭、生大黄、生蒲黄、虻虫、瓜蒌、三七、石菖蒲、龟板胶组成。其中水蛭祛瘀

血而不伤新血,破脑中血瘀;生大黄泄热、通下,推陈出新,给邪以出路,使邪速祛,共为君药。生蒲黄破瘀血、消水肿、和血脉;虻虫破残余之恶血,二药共助君药去瘀血以利生新血;瓜蒌清热通腑涤痰共为臣药。三七活血而兼止血之力,散瘀止血;石菖蒲辅君药、臣药理五脏,通九窍,醒脑以复神明;龟板胶血肉有情之品,滋阴、补血,以益受伤之脑髓,共为佐使药。诸药合用,共奏破血行瘀,消痰利水,泄热通经,填精补髓之效。

现代医学认为,脑出血最初的损伤是由于血肿扩大的机械性压迫所导致;血肿形成以后,凝血的连锁反应、毒性反应、炎症反应等等机制引起了脑组织的继发性损害,最终导致了神经元的坏死,灰质的损害,血管的损伤,血脑屏障的破坏及脑水肿^[6-7]。因此,脑出血后的脑组织继发损伤及其治疗一直被人们所关注。近年来,基础研究^[8]发现神经营养因子对维持神经元的存活“生长”分化以及损伤后修复与再生有着非常重要的作用,其中BDNF是较为重要的神经营养因子家族成员。BDNF广泛分布在人体各大系统组织中,但主要是在中枢神经系统表达,是脑内分布最广的神经营养因子。NSC增殖、分化需要许多神经营养因子的协同作用^[9]。

本实验表明脑出血损伤增加损伤区域内的BDNF 阳性细胞数量;而且在损伤的第3日因损伤刺激出现的BDNF 阳性细胞数量达到高峰,第7日已经开始回落。而破血化瘀填精补髓方剂干预后,可以延长BDNF 阳性细胞数量达到高峰的时间。因此破血化瘀填精补髓方剂可以通过增加损伤区域内的BDNF 阳性细胞数量以及延长BDNF 阳性细胞数量达到高峰的时间减少受损神经元的死亡、促进受损神经元的再生和分化、促进突触的可塑性、修复受损脑组织。

通过本实验研究的结果,进一步支持了中医“破血化瘀填精补髓”治法的治疗作用,进而使现代医学在治疗出血性中风上的理论基础得以拓宽,为基础临床治疗得以广泛地应用提供科学依据。

参考文献

- [1] 吴江. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:170.
- [2] 张昊,马晓依,吕妍,等. 大鼠脑出血模型[J]. 中国医药指南,2012,10(34):88-89.
- [3] 田增有,孟令丽,杨莎莎,等. 脑出血模型制作方法研究进展[J]. 河北联合大学学报:医学版,2012,14(6):809-810.
- [4] Longa EZ, Weinstein PR, Carlson S, et al. Rerersible middle cerebral artery occlusion without craniotomy in rats [J]. Stroke, 1989, 20(1): 84-91.
- [5] 刘倩. 脑出血的中西医结合研究进展(综述)[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2008, 15(6): 381-384.
- [6] Nishino H, Hida H, Takei N, et al. Mesencephalic neural stem (progenitor) cells develop to dopaminergic neurons more

(下转第23页)

搜风祛痰中药复方对 ApoE 基因敲除小鼠动脉粥样硬化不稳定斑块 HO-1 和 PPAR γ 表达的影响*

迟映雪¹ 宫丽鸿²

(1. 辽宁中医药大学, 辽宁 沈阳 110000, 2. 辽宁中医药大学附属医院, 辽宁 沈阳 110000)

中图分类号: R285.5 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0004-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.002

【摘要】目的 观察搜风祛痰中药复方对 ApoE 基因敲除小鼠动脉粥样硬化 (AS) 不稳定斑块血红素氧化酶 (HO-1) 和 过氧化物酶体增殖物激活受体 γ (PPAR γ) 的影响。**方法** 将造模成功的 ApoE 基因敲除小鼠, 分别给予阿托伐他汀以及低剂量、中剂量、高剂量稳斑汤干预, 模型对照组采用生理盐水灌胃。给药 13 周后, 取腹主动脉, 取小鼠主动脉组织 HE 染色进行病理学观察, 并采用免疫组化和 RT-PCR 技术检测 HO-1 和 PPAR γ 的表达水平。**结果** 各组小鼠腹主动脉组织中 HO-1 和 PPAR γ 的表达水平治疗组明显高于模型对照组 ($P < 0.01$)。**结论** 搜风祛痰中药复方稳斑汤可能通过影响 HO-1 和 PPAR γ 的表达而干预 AS 斑块形成及破裂。

【关键词】 搜风祛痰中药复方 ApoE 基因敲除小鼠 AS 不稳定斑块 HO-1 PPAR γ

Study of Compound Soufengqutanwenban Decoction on Expression of HO-1 and PPAR γ in ApoE Gene Knock-out Rats with Atherosclerosis Unstable Plaque CHI Yingxue¹, GONG Lihong². 1 Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning, Shenyang 110000, China; 2 Affiliated Hospital of Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Liaoning, Shenyang 110000, China

【Abstract】Objective: To observe the effect of Compound Soufengqutanwenban Decoction on unstable plaque in ApoE gene knockout rats with atherosclerosis. **Methods:** The successful model of the ApoE-gene knockout rats were given low dose, medium-dose and high-dose Soufengqutanwenban Decoction and western medicine for a month. At the same time, the model group was fed by normal saline for one month. After treatment for 13 weeks, aortic tissue was observed under optical microscope pathology after HE staining. And then levels of HO-1 and PPAR γ were detected by immunohistochemistry and RT-PCR technique. **Results:** HO-1 and PPAR γ expression levels in aortic tissue of rats in treatment groups were significantly higher than those in control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Compound Soufengqutanwenban Decoction may stabilize plaques by regulating the expression of inflammatory factors and interfering the formation and rupture of AS plaque, which provides a new idea to prevent AS.

【Key words】 Compound Soufengqutanwenban Decoction; ApoE gene knockout rats; AS; Unstable plaque; HO-1; PPAR γ

急性冠脉综合征为冠状动脉粥样硬化斑块由稳定斑块致易损斑块、不稳定斑块破裂、血栓形成而产生的, 动脉粥样硬化不稳定斑块的破裂是引起急性心脏事件的原因。因此稳定动脉粥样硬化斑块为防治急性冠脉综合征的关键一环。目前常规西药在防治冠心病过程中对肝功能、肾功能的损害无法避免, 而动脉粥样硬化斑块的形成和破裂的中药防治的研究是人们关

注的新热点和方向。本实验以 ApoE 基因敲除小鼠为研究对象, 通过高脂饲养造出动脉粥样硬化不稳定斑块模型, 并给搜风祛痰中药复方稳斑汤干预, 研究斑块中的血红素氧化酶 (HO-1)、过氧化物酶体增殖物激活受体 γ (PPAR γ) 表达情况, 以推测其在斑块形成及破裂中的作用, 从而为中药有效安全的稳定斑块提供理论依据。

1 材料与方法

1.1 实验动物 6~8 周龄 Apo E 基因敲除小鼠 (系

* 基金项目: 中国博士后面上项目 (20110491540); 辽宁省百千万人才项目 (2011921022)

C57BL/6 J, 北京大学实验动物中心美国 Jackson 实验室引进并培育成功)70 只,雌雄各半,SPF 级,体质量 18~20 g。

1.2 药物 稳斑汤,药物组成:全蝎 10 g,蜈蚣 2 条,地龙 15 g,陈皮 15 g,法半夏 15 g,白术 15 g,水蛭 15 g。药材由辽宁中医药大学附属医院中药局提供,加工制成含生药 2 g/mL 的中药浓缩液备用。

1.3 试剂和仪器 SP 试剂盒(北京博奥森生物科技有限公司)。DAB 显色试剂盒(北京博奥森生物科技有限公司)。两步法 RT-PCR 试剂盒(北京金式金生物科技有限公司)。

1.4 模型制备 小鼠饲以含脂肪 21%、胆固醇 0.15% 的高脂饲料($^{60}\text{Co}\gamma$ 灭菌照射处理),13 周后,随机处死 4 只,取腹主动脉根部,HE 染色观察基础动脉粥样硬化程度,确定造模成功。

1.5 分组及给药 将造模成功的 ApoE 基因敲除小鼠 60 只随机分为模型对照组、稳斑汤低剂量组、稳斑汤中剂量组、稳斑汤高剂量组及西药组,每组 12 只。正常 C57BL/6 J 小鼠 12 只设为空白对照组,给予正常饲料喂养。空白对照组小鼠不给药,模型对照组给予 0.3 mL/d 的生理盐水;根据成人每日用药临床推荐的常用剂量,按成人与小鼠的体质量折算系数 9.0 折算成小鼠用量。稳斑汤低剂量组给予稳斑汤 61.75 g/(kg·d)、稳斑汤中剂量组给予稳斑汤 123.5 g/(kg·d)、稳斑汤高剂量组给予稳斑汤 247 g/(kg·d),西药组给予阿托伐他汀钙 0.27 mg/(kg·d),各组均灌胃给药 13 周,每日 1 次。

1.6 标本采集与检测 取材前夜禁食,经小鼠眼眶静脉丛采血,离心分离血清,-80℃冻存备。处死全部小鼠,无菌条件下取出心脏及主动脉,心脏 10% 甲醛固定,主动脉放在冻存管内液氮骤冷保存。

1.6.1 主动脉组织病理学观察 每组随机取 5 只小鼠,麻醉处死,无菌条件下取每只小鼠的主动脉根部取 4 个相同的切面,分别为(1)升主动脉最近端横截面,切面形态呈圆形;(2)主动脉瓣附着部位,并有冠状动脉开口;(3)主动脉瓣起始横截面;(4)主动脉瓣完全出现并汇合在一起,生理盐水冲洗,10% 甲醛中性溶液固定。常规石蜡包埋,均匀间断切片,厚度约 5 μm 。HE 染色,普通光镜下观察主动脉根部组织及斑块的形态结构;Masson 染色,普通光镜下观察各斑块中纤维成分的分布。

1.6.2 免疫组织化学检测 采用 SP 法,常规滴加一抗、二抗,DAB 显色,苏木精复染,用有计数格的目镜,高倍视野下计数浸润于内膜的单核细胞数,每个标本计数 5 个视野,取其平均值,即为该标本单核细胞浸润数值。以染色系数统计 HO-1 免疫组化染色结果。

1.6.3 实时定量 RT-PCR 检测 先提取总 RNA,然后

取 4 μL 总 RNA 经反转录酶及随机引物等反应物混合配成 20 μL 体系,42℃ 15 min,95℃ 2 min 反转录成 cDNA,随后进行实时荧光定量 PCR 反应,分别对小鼠 PPAR γ 、HO-1 的表达进行测定。

1.7 统计学处理 应用 SPSS15.0 统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示。组间比较用 t 检验,多组均数比较用方差分析,不同指标间用直线相关分析。

2 结果

2.1 各组小鼠形态学改变的比较 各组小鼠腹主动脉 HE 染色形态学改变见图 1。空白对照组:动脉内膜附有一层内皮细胞,内皮细胞层呈现皱褶状排列,但排列均匀,表面光滑,未见泡沫细胞及炎性细胞。模型对照组:血管腔内可见明显的粥样硬化斑块出现,斑块表面附有纤维帽,纤维帽主要由平滑肌细胞、弹力纤维和胶原组织构成,斑块中央可见大量的脂质聚集,斑块内可见大量泡沫细胞,偶见炎性细胞浸润;未出现斑块的动脉内膜区域严重破损。稳斑汤低剂量组:血管腔内可见粥样硬化斑块,斑块面积明显小于模型对照组,斑块内脂质含量较模型组少,斑块内可见少量泡沫细胞及炎性细胞;未出现斑块的动脉内膜区域形态较为完整,偶见内膜残缺。稳斑汤中剂量组、稳斑汤高剂量组、西药组:动脉内膜大部分较为光滑,偶见内膜不全,内膜不全区域可见明显的脂质条纹块形成,偶见泡沫细胞聚集,有少量纤维成分交联。

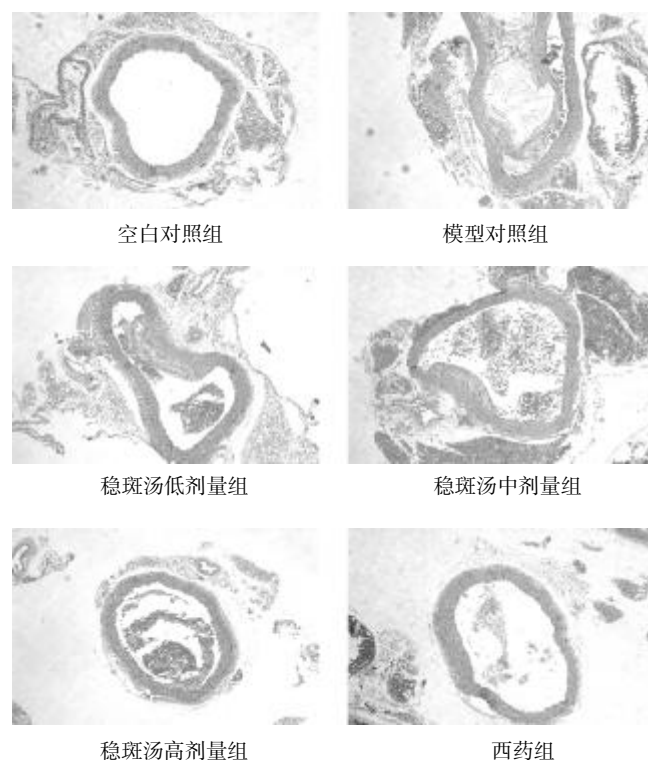


图 1 各组小鼠腹主动脉(HE 染色,100 倍)

2.2 各组小鼠 HO-1 表达水平比较 见图 2。HO-1

蛋白阳性表达主要在血管内皮细胞(EC)、泡沫细胞及血管平滑肌细胞(VSMC)内,以含棕褐色颗粒的细胞为 HO-1 蛋白表达的阳性细胞。空白对照组阳性细胞主要分布于内膜,HO-1 蛋白表达在 EC 内;模型组 HO-1 蛋白表达明显降低,偶见弱阳性表达;中药中剂量、高剂量及西药组表达水平显著升高,广泛表达于 EC、VSMC 及斑块的泡沫细胞内。

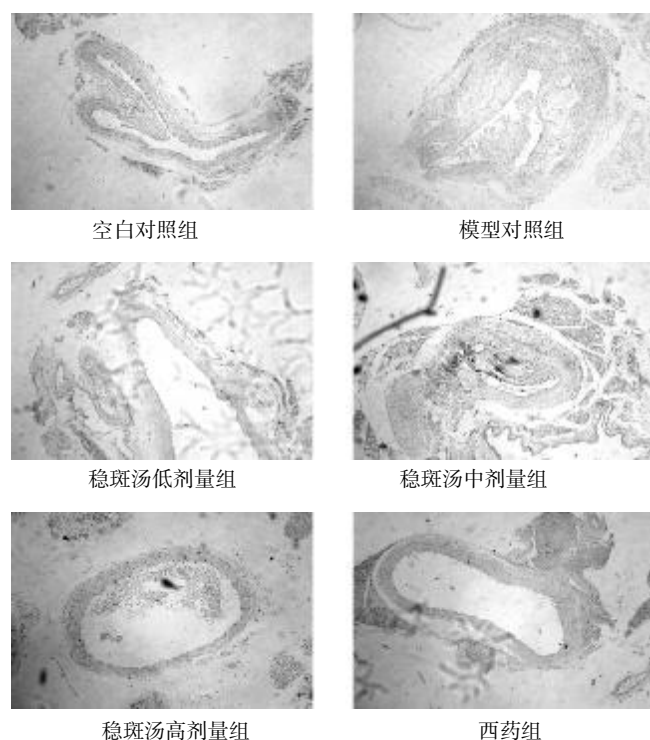


图 2 各组小鼠腹主动脉组织(DAB 显色,100 倍)

各组小鼠腹主动脉组织中 HO-1 表达水平见表 1、表 2 和图 3。Apo E 基因敲除小鼠的免疫组化结果表明,稳斑汤和阿托伐他汀均能提高斑块内 HO-1 的阳性表达($P<0.01$)。

表 1 各组小鼠腹主动脉组织中 HO-1 蛋白表达水平($\bar{x}\pm s$)

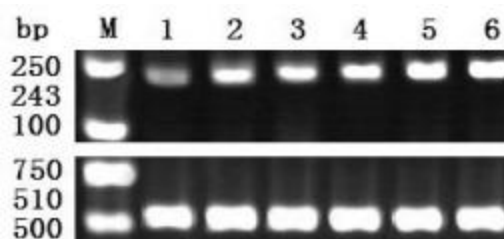
组别	n	HO-1 蛋白表达
空白对照组	5	0.265±0.009
模型对照组	5	0.199±0.011*
稳斑汤低剂量组	5	0.283±0.009* [△]
稳斑汤中剂量组	5	0.310±0.010* [△]
稳斑汤高剂量组	5	0.317±0.012* [△]
西药组	5	0.315±0.008* [△]

与空白对照组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与模型对照组比较,[△] $P<0.05$,^{△△} $P<0.01$ 。下同。

2.3 各组小鼠 PPAR- γ 表达水平比较 见表 3,图 4。Apo E-小鼠的 RT-PCR 结果表明,搜风祛痰中药复方稳斑汤和阿托伐他汀均能提高各组小鼠腹主动脉组织中 PPAR- γ mRNA 表达水平($P<0.01$)。

表 2 各组小鼠腹主动脉组织中 HO-1 mRNA 表达水平($\bar{x}\pm s$)

组别	n	HO-1 mRNA 表达水平
空白对照组	5	0.270±0.024
模型对照组	5	0.227±0.022*
稳斑汤低剂量组	5	0.290±0.037 ^{△△}
稳斑汤中剂量组	5	0.318±0.029* ^{△△}
稳斑汤高剂量组	5	0.367±0.041** ^{△△}
西药组	5	0.385±0.033** ^{△△}

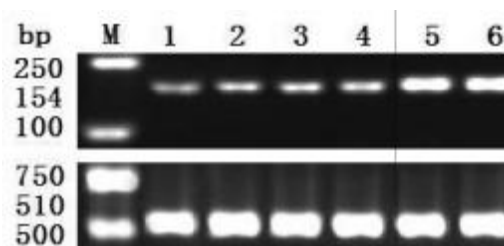


注:M;marker;泳道 1:空白对照组;泳道 2:模型对照组;泳道 3:稳斑汤低剂量组;泳道 4:稳斑汤中剂量组;泳道 5:稳斑汤高剂量组;泳道 6:西药组

图 3 各组小鼠腹主动脉组织中 HO-1 mRNA 表达电泳图

表 3 各组小鼠腹主动脉组织中 PPAR γ mRNA 表达水平($\bar{x}\pm s$)

组别	n	PPAR γ mRNA 表达水平
空白对照组	5	0.266±0.013
模型对照组	5	0.228±0.013*
稳斑汤低剂量组	5	0.290±0.028 [△]
稳斑汤中剂量组	5	0.347±0.026* [△]
稳斑汤高剂量组	5	0.395±0.013* [△]
西药组	5	0.405±0.021* [△]



注:M;marker;泳道 1:空白对照组;泳道 2:模型对照组;泳道 3:稳斑汤低剂量组;泳道 4:稳斑汤中剂量组;泳道 5:稳斑汤高剂量组;泳道 6:西药组

图 4 各组小鼠腹主动脉组织中 PPAR γ mRNA 表达电泳图

3 讨论

冠状动脉粥样硬化斑块的形成是一个由多种因素参与的漫长复杂的过程,其发病机制尚不明晰,炎症反应在不稳定斑块形成及破裂中起着重要作用。HO 是血红素代谢的起始酶和限速酶,有 HO-1、HO-2、HO-3 3 种存在形式,近年研究表明^[1],HO-1 对心血管系统

(下转第 55 页)

· 研究报告 ·

蒙医震脑术治疗偏头痛的疗效及对血浆一氧化氮和内皮素的影响*

张昌盛¹ 阿古拉^{2△} 朝鲁门² 嘎拉台²

(1.北京中医药大学,北京 100029;2.内蒙古医科大学蒙药医学院,内蒙古 呼和浩特 010110)

中图分类号:R747.2 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)01-0007-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.003

【摘要】目的 观察并探讨蒙医震脑术治疗偏头痛的临床疗效及对血浆内皮素(ET)、一氧化氮(NO)的影响。**方法** 本研究选取 60 例符合纳入标准的患者,随机分为治疗组与对照组各 30 例,治疗组采用蒙医震脑术治疗,对照组采用推拿法治疗。两组疗程均为 4 周。疗程结束后,对比观察两组临床疗效及对血浆 ET、NO 水平变化的影响。**结果** 疗程结束后,治疗组、对照组的总有效率分别为 83.33%和 73.33%,治疗组优于对照组($P < 0.05$);治疗结束后两组的血浆 ET 和 NO 水平较治疗前均明显下降,而治疗组改善优于对照组($P < 0.05$)。**结论** 蒙医震脑术治疗偏头痛,临床疗效显著,可以较好的调节患者的血浆 ET、NO 水平,从而维持脑血管正常的舒缩功能。

【关键词】 蒙医 震脑术 偏头痛 ET NO

Curative Effect of Migraine Treated by Mongolian Medical Brain Vibration Treatment and Its Effects on Plasma Nitric Oxide and Endothelin ZHANG Changsheng¹, Agula², Chaolumen², et al. 1 Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 2 Mongolia Medical College of Inner Mongolia Medical University, Inner Mongolia, Huhhot 010110, China

【Abstract】Objective: To study and explore the clinical effect of migraine treated by Mongolian medical brain vibration treatment and the influences of it in the plasma endothelin and nitric oxide. **Methods:** 60 cases patients who met the inclusion criteria were randomly divided into two groups including the treatment group with 30 cases and the control group with 30 cases. The treatment group was used mongolian medical brain vibration treatment and the control group was used massage therapy. Both groups were treated for four weeks. After the course, these indicators were observed including the clinical efficacy and the effects of changes of plasma endothelin, nitric oxide level. **Results:** After the treatment, total effective rate in the treatment group and the control group were 83.33% and 73.33%. Two sets of plasma endothelin and nitric oxide levels were significantly reduced, after treatment, which was particularly in the treatment group. **Conclusion:** The curative effect of migraine treated by Mongolian medical brain vibration treatment is significantly, which can regulate the plasma endothelin, nitric oxide levels of patients, so as to maintain normal cerebral vascular contractile function.

【Key words】 Mongolian medical; Brain vibration treatment; Migraine headache; ET; NO

偏头痛是临床上一种常见病,多发病,以反复发作的单侧或双侧搏动性头痛为主要症状,可伴有恶心、呕吐,畏光,畏声,抑郁和倦怠等前驱症状。少数典型者发作前有视觉、感觉和运动等先兆,可有家族史。发作时头痛难忍,反复发作,且病程漫长,迁延不愈,给患者带来极大痛苦,严重影响其日常生活与工作^[1]。据世界卫生组织(WHO)调查显示,全世界有 2.4 亿偏头痛患者,而重度偏头痛是常见的使人丧失工作能力的前 20 位内科疾病,并且将严重偏头痛类同于四肢偏瘫,严重精

神疾病和痴呆,定为最致残的慢性病之一^[2]。据郭述苏等报道,我国的偏头痛患病率为 985.2/10 万^[3]。年发病率为 4.2%~14.6%,女性多于男性,男女比例为 1:4,其中 25~29 岁患病率高,为 1927.4/10 万,随着经济的高速发展,生活节奏的加快,人们承受的压力增大,诱发偏头痛的机率也在增加。

1 临床资料

1.1 病例选择 诊断标准参照国际头痛学会头面痛分类委员 2004 年对偏头痛修订的分类方法及诊断标准^[4]。排除标准:(1)伴有其他慢性头痛者,包括高血压病,脑血管疾病或脑外伤后遗症及颅内占位病变引起

* 基金项目:国家自然科学基金项目(81260572)

△通信作者(电子邮箱:agula372000@126.com)

的偏头痛患者;(2)伴有心、肝、肾功能不全及精神病患者;(3)妊娠期或哺乳期妇女;(4)过敏体质或过敏病患者;(5)近期(1 个月)内服用扩血管或抗抑郁药物者;(6)特殊类型的偏头痛,如眼肌麻痹型偏头痛,偏瘫型偏头痛等类型。

1.2 病例资料 选择 2013 年 5 月至 2014 年 7 月在内蒙古医科大学附属医院蒙医科和内蒙古医科大学附属中蒙医院门诊及住院的偏头痛患者 60 例,将患者随机分为治疗组(蒙医震脑术治疗组)和对照组(推拿治疗组)两组,治疗组 30 例,其中男性 13 例,女性 17 例;年龄 19~58 岁,平均(35.12±4.01)岁;病程 6 个月至 14 年,平均(10.8±7.6)年,头痛综合评分(36.75±12.15)分。对照组 30 例,其中男性 11 例,女性 19 例;年龄 20~60 岁,平均(37.43±3.69)岁;病程 5 个月至 16 年,平均(11.3±5.2)年,头痛综合评分(35.80±11.35)分。两组在性别、年龄、病情等方面差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 治疗组采用震脑术手法治疗。该震脑术方法是通过国家自然科学基金项目“蒙医震脑术及启震原理研究”等课题大量的实验和临床研究,总结并制定出的震脑术优化方法。具体步骤如下。第 1 步,医者嘱患者取仰卧位位于启震床垫之上,让患者枕在装满干细沙的启震碗上,四肢自然伸直,手心朝内贴于大腿外侧,轻闭双目,自然呼吸。第 2 步,医者先立于患者一侧,手持蒙医震脑仪从患者患侧的肘部启震点(肘关节外端旁开 10 cm 处)开始依次对肩头部启震点(肩头旁开 10 cm 处)、耳部启震点(耳廓旁开 10 cm 处)、头顶部启震点(距头顶向上垂直 10 cm 处)对侧耳部启震点、肩头部启震点、肘部启震点、膝部启震点(距膝关节外端 10 cm 处)、患侧膝部启震点用启震杵进行自由落体方法捣捶启震床垫上的启震点 3 下,捣捶间隔时间为 3~5 秒,启震杵自由落体高度视偏头痛程度而定,轻度头痛 30 cm,中度头痛 40 cm,重度头痛 50 cm。将此法重复进行 10 次。第 3 步,嘱患者双足并拢,贴患者足底放置启震板,医者用一手扶住启震板,另一手拿大号启震锤从足底纵向敲击启震板,先在启震板上从患侧足底处开始进行敲击,后在健侧足底处敲击,力量适中,每侧 3 次。同上将此法重复进行 10 次。第 4 步,医者把患者从头部轻轻扶起,使其端坐。医者立于患者之后,用启震带从患者前发际沿两耳上缠绕其头部,一手合住启震带两端交叉处在患者后脑部拧紧向上牵拉。嘱患者咬住一根启震筷的中间部位,启震筷紧靠患者嘴角。同时医者用另一手拿小号启震锤敲击启震筷两端,先敲患侧,再敲健侧。依次反复敲击 3 次。亦同上将此法重复进行 10 次。第 5 步,医者面对患者而立,用双掌分别扶住患者头部两侧,稍向上微微提起患者头部并向健侧微屈其颈,双手协同用力,将患者头部向前后

两个方向巧妙摇晃 3 次,应小幅度快速。再用一手掌按扶患者下颌部,另一手按扶患者后枕部,双手协同用力,将患者头部向左右两侧小幅度的摇摆震动 3 次。第 6 步,医者扎紧启震带后使患者轻轻卧于床上闭目静养,数小时后,医者调整包头启震带之松紧,如因过紧而引起患者头痛不适时,可将前额部之启震带向上略提则可缓解疼痛不适,如此包扎启震带休养。隔日进行 1 次施震治疗,4 周为 1 疗程。对照组采用推拿手法。推拿手法如下,用两手拇指从两眉正中至前发际交替推 5~7 次,再从前发际正中向两侧推拿 5~7 次,接着用拇指或中指在囟门穴,顶会穴,两眼外交上窝等穴位及部位,各按压 0.5~1 min。用双手拇指从腮部向后上方经耳上至颞窝推拿 5~7 次,再用指腹从眼外角上窝,耳叶上缘直上半寸,耳后颞窝等穴位和部位,各按揉 0.5~1 min。用手掌按揉约 1 min,再在顶会穴,前顶会穴,后顶穴,顶会左穴,顶会右穴,用手指按法或点法各治疗 1~2 min。隔日 1 次推拿治疗,4 周为 1 个疗程^[5]。

1.4 观察指标 告知患者,经患者本人同意后分别在治疗前,治疗结束后检测血浆一氧化氮(NO)、内皮素(ET),用免疫分析法测定血浆 ET,用硝酸还原酶法测定血浆 NO。

1.5 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]制定的类型评定标准,重点观察头痛发作次数,程度,持续时间和伴随症状。治愈:疗程结束后无发作性偏头痛症状,停止治疗 1 个月无复发。显效:治疗后积分减少 50%以上(>50%)。有效:治疗后积分减少 20~50%。无效:治疗后积分减少 20%以下(<20%)。

1.6 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件。检测结果以($\bar{x}\pm s$)表示,计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。结果示治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	6	10	9	5	83.33 [△]
对照组	30	5	7	10	8	73.33

与对照组比较, $^{\Delta}P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后头痛程度和发作次数比较 见表 2。结果显示两组治疗前后头痛程度和头痛发作次数均有所缩短,且治疗组明显优于对照组($P<0.05$)。

2.3 两组治疗前后 ET、NO 水平比较 见表 3。结果显示两组治疗后血浆 ET 和 NO 水平均明显下降($P<0.05$),而治疗组治疗后血浆 ET 和 NO 下降水平与对照组治疗后比较有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组治疗前后头痛程度和发作次数比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	头痛程度(分)	发作次数(次)
治疗组 (n=30)	治疗前	4.13±1.27	4.20±1.51
	治疗后	2.20±1.84 ^{*△}	1.86±1.38 ^{*△}
对照组 (n=30)	治疗前	4.06±1.43	4.26±1.46
	治疗后	3.26±2.06 [*]	2.86±2.27 [*]

与本组治疗前比较, * $P<0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。下同。

表 3 两组治疗前后 ET、NO 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	NO($\mu\text{mol/L}$)	ET(ng/L)
治疗组 (n=30)	治疗前	72.65±21.87	80.31±26.76
	治疗后	53.69±18.72 ^{*△}	70.65±15.67 ^{*△}
对照组 (n=30)	治疗前	61.35±20.91	79.96±25.48
	治疗后	55.78±19.01 [*]	76.90±17.05 [*]

3 体会

偏头痛是血管神经性头痛的常见类型, 隶属于蒙医学的“头痛病”的范畴。蒙医认为该病的发病原因是, 多由气血相搏, 巴大干, 希拉激增而上亢, 或阻塞经脉, 浊邪上踞所致。感受寒热湿邪, 过用烟酒, 经常失眠, 身体衰弱, 外伤, 食物不消化而胃肠受损, 外感黏毒以及眼, 耳, 鼻病余邪上逆, 均为引发偏头痛的因素^[7]。临床治疗方面应用口服蒙药(如十三味红花秘散、查格德日丸等)或蒙医放血、推拿等传统疗法。但到目前为止没有一种特效的药物或方法。蒙医震脑术治疗偏头痛是一种非药物的物理疗法, 其疗效显著, 具有无创, 无副作用, 简便易行, 费用低廉等优势, 受到患者广泛青睐。

现代医学认为, 偏头痛的直接原因是脑血管的舒缩功能障碍^[8]。血管内皮细胞产生的内皮依赖性收缩因子(EDCF)和内皮依赖性舒张因子(EDRF)功能的动态平衡对维持正常血管张力具有非常重要的作用。ET 是 Yanagisawa 等^[9]于 1987 年首次发现并提纯的由 21 个氨基酸组成的多肽, 是迄今为止发现的体内作用最强的血管收缩物质。ET 是内皮依赖性收缩因子的主要成分, ET-1 是其主要的循环形式^[10]。经研究证实, 偏头痛发作期患者血浆 ET 含量明显升高。NO 是体内发现的第 1 个气体性信息分子, 既是血管内皮舒张因子, 又是重要的神经递质。近年发现其在偏头痛和其他头痛产生机制中十分关键, 不但激发偏头痛, 而且对保持偏头痛状态非常重要, 是头痛的诱发因子之一^[11]。已有研究表明, 应用 NO 供体可引起偏头痛患者出现类似偏头痛样头痛, 且有延迟血管扩张, 说明 NO 是通过一系列级联反应而发挥作用的^[12]。在偏头痛发作过程中起重要作用的血管活性物质是依赖 NO 来扩张脑血管的^[13]。

蒙医震脑术是一种蒙医传统外治疗法, 又称“震动

疗法”^[14]。在头痛病治疗方面发挥着独特效果。蒙医震脑术是利用机械振动波来治疗疾病, 由此可见该疗法属于现代的振动医学, 也就是物理治疗范畴。

震脑术镇痛作用的确切机制还不明确, 可能是多种综合作用的结果。其镇痛机制, 推测可能有: 震脑术产生的冲击波是一种通过物理学介质传导的机械振动波, 利用其直接机械冲击效应, 以及空化作用间接产生的机械效应, 促进血液循环, 改善脑部供血状态。同时引起人体组织和细胞的变化而达到治疗作用。研究表明, 蒙医震脑术能够降低偏头痛患者的血浆 NO 下降, 可能是由于振动引起外周血管的机械损伤或血流变学的改变使血管内皮功能受损, NO 合酶的活力下降, 血中 NO 含量降低。这种变化在动物实验中已证明, 例如林立等^[15]用家兔, 江俊康等^[16]用小鼠进行局部接振试验, 结果均显示可导致其血清 NO 浓度下降, 且随着接振强度的增大和接振时间的延长, 血清 NO 浓度下的趋势更加明显。还有本研究中发现, 经治疗后偏头痛患者血浆 ET 浓度下降, 认为可能是反复振动刺激改变了局部血管的反应, 减弱了机体对振动刺激所致的 ET 的释放。同时促进血液循环, 加速血浆 ET 的排除, 保持血浆 ET 和 NO 两种血管活性物质处于动态平衡状态, 以维持血管的基础张力和舒缩功能。

参 考 文 献

- [1] Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache[J]. Lancet Neurol, 2008, 7(4): 354-361.
- [2] 李舜伟, 李焰生, 刘若卓, 等. 中国偏头痛诊断治疗指南[J]. 中国疼痛医学杂志, 2011, 7(2): 65-86.
- [3] 郭述苏, 薛广波. 中国偏头痛流行病学初步调查[J]. 中华流行病学杂志, 1993, 14(2): 102-103.
- [4] Headache classification committee of the international headache society. The international classification of headache disorders (Second-Edifion)[J]. Cephalgia, 2004, 24(Suppl 1): 1-160.
- [5] 博·阿古拉. 蒙医传统疗法治疗学[M]. 呼和浩特: 内蒙古大学出版社, 2007: 171-175.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 105-109.
- [7] 中国医学百科全书: 蒙医学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1992: 139.
- [8] 许彦来, 李富玉, 杨明会, 等. 天乐胶囊对偏头痛患者血浆内皮素和一氧化氮水平的影响[J]. 环球中医药, 2010, 3(4): 264-266.
- [9] Yangagisawa M, Kurihara S, Kimura S, et al. A novel potent vasoconstrictor peptide by vascular endothelial cell[J]. Nature, 1988, 332(4): 441.
- [10] Papaclopoulos SM, Gillert IL, Webb RC, et al. Characterization of contractile responses to endothelin in human cerebral arteries: implications for cerebral vasospasm[J]. Neurosurgery, 1990, 26(5): 810-813.

(下转第 12 页)

基于聚类分析的支气管哮喘急性发作用药规律探讨*

吴建军¹ 李欣² 靳锐锋¹ 秦阳¹ 崔红生^{1△}

(1.北京中医药大学第三附属医院,北京 100029;2.中国中医科学院眼科医院,北京 100040)

中图分类号:R562.2*5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)01-0010-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.004

【摘要】目的 探讨中医药治疗支气管哮喘急性发作的常用药物和配伍规律。**方法** 以 1991 年 1 月至 2013 年 12 月在省级以上期刊发表,以中药汤剂联合西医抗炎、止咳化痰平喘治疗支气管哮喘急性发作,且经过临床疗效观察有效的中药复方为研究对象,对其用药进行聚类分析,探索中医药治疗支气管哮喘急性发作的常用药物和配伍规律。**结果** 支气管哮喘急性发作使用最多的药物为炙麻黄、甘草、苦杏仁、半夏、苏子、地龙、五味子。聚类分析显示支气管哮喘急性发作常用药物可分为 6 类,包括解表清里、温肺化饮、化痰、祛风止咳、补益肺脾、活血化瘀等药物。**结论** 支气管哮喘急性发作的病因病机分邪实、正虚两端,邪实以痰热、寒饮为主,正虚以肺脾气虚为主,用药以解表清里、温肺化饮、补益肺脾类中药为主。

【关键词】 支气管哮喘急性发作 用药规律 聚类分析 中医药

Analysis of Regularity in Treating Acute Exacerbation of Asthma Based on Cluster Analysis WU Jian-jun¹, LI Xin², JIN Ruifeng¹, et al. 1 The Third Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 2 Eye Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100040, China

【Abstract】Objective: To discuss on the commonly used drugs and law of compatibility of TCM in treatment of acute exacerbation of asthma. **Methods:** TCM compound was taken to study, which was effective in clinical combined with Western Medicine, such as anti-infection, expectorant, cough mixture in the treatment of acute exacerbation of Asthma, published in 1991 January to 2103 December on the journal. Cluster analysis was performed on the drug to explore the commonly used drugs and law of compatibility of TCM in treatment of acute exacerbation of asthma. **Results:** The most used drug in TCM on treatment of acute exacerbation of Asthma were honey-fried herba ephedrae, Licorice, almond, Pinellia, Perilla, Earthworm, Schisandra chinensis. Clustering analysis showed that the drugs could be divided into six categories, including relieving superficies and clearing interior, warming lung to reduce watery phlegm, relieving cough and asthma, invigorating lung and spleen, promoting blood circulation for removing blood stasis, et al. **Conclusion:** The etiology and pathogenesis of acute exacerbation of Asthma divide into excess of pathogen and deficiency of vital qi. Excess of pathogen was main in phlegm heat, cold drink. Deficiency of vital qi was main in qi deficiency of lung and spleen. The main drug which were used in the treatment of acute exacerbation of asthma were relieving superficies and clearing interior, warming lung to reduce watery phlegm, invigorating lung and spleen.

【Key words】 Acute exacerbation of Asthma; Drug law; Cluster analysis; TCM

支气管哮喘(Asthma)是一种对患者及其家庭和社会都有明显影响的慢性疾病。气道炎症几乎是所有类型哮喘的共同特征,也是临床症状和气道高反应性的基础^[1]。中西医结合诊疗在支气管哮喘的防治中起着重要作用。研究表明,中西医结合诊疗可有效改善支气管哮喘患者症状、体征、肺功能,提高患者生活质量^[2]。本研究拟通过聚类分析的方法,研究近年来文献报道

有关中医药治疗支气管哮喘急性发作常用药物和配伍的规律,探讨常用治疗方药,以指导支气管哮喘中西医结合诊疗,为进一步研究奠定基础。

1 资料与方法

1.1 文献来源 以中国期刊全文数据库(CNKI),CHKD 中国医院数字图书馆,万方数据库,中国生物医学文献数据库为主要检索目标,对 1991 年 1 月至 2013 年 12 月来所报道的中药复方治疗支气管哮喘急性发作的临床文献进行检索和筛选。检索关键词是“支

* 基金项目:国家自然科学基金资助项目(30672567)

△通信作者(电子邮箱:hscui@sina.com)

气管哮喘/Asthma”不包含“慢性迁延期、临床缓解期”，学科选择“中医学/中西医结合/中药学”。

1.2 文献选择 纳入标准包括 (1)1991 年 1 月至 2013 年 12 月间省级以上期刊发表的中药复方联合西医抗炎、止咳化痰平喘治疗支气管哮喘急性发作的各种临床文献和硕博士毕业论文。(2)对支气管哮喘有明确诊断标准的文章。(3)以中医药联合西医抗炎、止咳化痰平喘治疗为主要治疗方法。(4)病例样本量大于 20 例。(5)临床疗效确切的中药复方。文献排除标准包括(1)非中药复方治疗支气管哮喘急性发作的文献,如单味药物、中成药。(2)文献中药物记录不全。(3)排除支气管哮喘中医或中西医结合综述性、经验性、理论探讨性文献及个案报道。(4)重复的方剂仅选用 1 次。

1.3 数据预处理、量化及数据库建立 中药名称以国家统编教材第 6 版《中药学》为基准进行规范。确定中药正名,保证中药名称的统一,防止同药异名、异名同药。将复合中药名称拆分到最小独立单位。建立数据库数据量化,建立 Excel 数据库,全部调查病例资料采用双人录入。将数据库中的中药字段采用二值量化处理,此药物出现即为 1,没有出现即为 0。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 进行系统聚类法,变量之间的相似性测度选用皮尔逊相关系数(Pearson correlation)。

2 结果

2.1 文献概况 按照关键字进行文献检索,共检索出相关文献 3413 篇,结合纳入标准、排除标准,最后共纳入符合要求的文献 280 篇,筛选收入数据库共 285 条数据。

2.2 中药频数分析 见表 1。数据库共涉及中药 172 味,2968 频次,出现频数>15 的有 43 味,其中炙麻黄、甘草、苦杏仁、半夏、苏子、地龙、五味子使用频率较高。

2.3 中药聚类分析

聚 5 类:(1)炙麻黄、甘草、苦杏仁、苏子、地龙、黄芩、葶苈子、桑白皮、白果、瓜蒌、鱼腥草、丹参、石膏;(2)半夏、五味子、款冬花、细辛、紫菀、白芍、射干、桂枝、大枣、生姜;(3)陈皮、茯苓、桔梗、白芥子、莱菔子、枳壳;(4)白术、黄芪、柴胡、补骨脂、桃仁、防风、党参、当归、川芎、熟地黄;(5)贝母、僵蚕、百部、蝉蜕。

聚 6 类:(1)炙麻黄、甘草、苦杏仁、苏子、地龙、黄芩、葶苈子、桑白皮、白果、瓜蒌、鱼腥草、丹参、石膏;(2)半夏、五味子、款冬花、细辛、紫菀、白芍、射干、桂枝、大枣、生姜;(3)陈皮、茯苓、桔梗、白芥子、莱菔子、枳壳;(4)白术、黄芪、补骨脂、党参;(5)贝母、僵蚕、百部、蝉蜕;(6)柴胡、桃仁、防风、当归、川芎、熟地黄。

聚 7 类:(1)炙麻黄、甘草、苦杏仁、苏子、地龙、黄

表 1 治疗支气管哮喘急性发作中药频数分布

中药	频数 (n=285)	频率 (%)	中药	频数 (n=285)	频率 (%)	中药	频数 (n=285)	频率 (%)
炙麻黄	253	89	瓜蒌	55	19	白术	24	8
甘草	190	67	白芍	53	19	鱼腥草	24	8
苦杏仁	171	60	射干	49	17	补骨脂	23	8
半夏	157	55	黄芪	46	16	贝母	22	8
苏子	129	45	茯苓	44	15	柴胡	22	8
地龙	118	41	丹参	42	15	莱菔子	22	8
五味子	105	37	桔梗	42	15	党参	21	7
黄芩	90	32	桂枝	39	14	当归	20	7
款冬花	87	31	白芥子	38	12	百部	18	6
细辛	75	26	僵蚕	34	12	蝉蜕	18	6
葶苈子	66	23	桃仁	34	12	川芎	17	6
桑白皮	64	22	石膏	32	11	熟地黄	16	6
白果	61	21	防风	31	11	枳壳	16	6
陈皮	59	21	大枣	29	10			
紫菀	56	20	生姜	25	9			

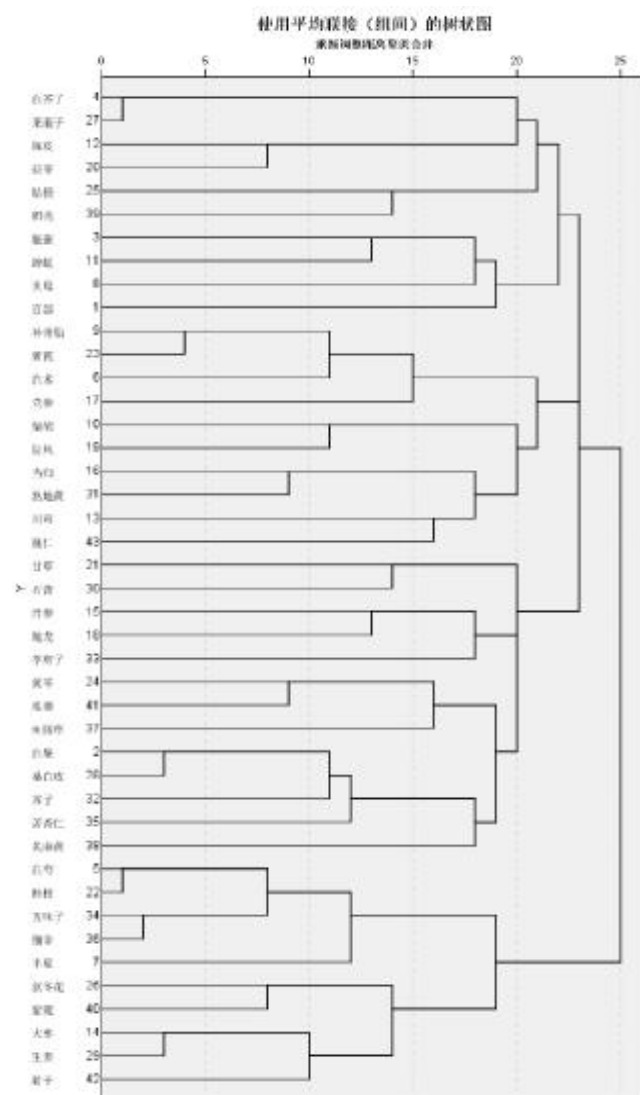


表 2 高频药物聚类分析树状图

芩、葶苈子、桑白皮、白果、瓜蒌、鱼腥草、丹参、石膏；(2)半夏、五味子、款冬花、细辛、紫菀、白芍、射干、桂枝、大枣、生姜；(3)陈皮、茯苓、白芥子、莱菔子；(4)白术、黄芪、补骨脂、党参；(5)贝母、僵蚕、百部、蝉蜕；(6)柴胡、桃仁、防风、当归、川芎、熟地黄；(7)桔梗、枳壳。

从以上聚类结果可以看出：到聚 6 类为止，各类药物基本上达到了稳定。结合临床专业知识，考虑聚 6 类的结果较为合理。

3 讨论

支气管哮喘属于中医学“哮喘”等范畴。发时以邪实为主，而未发时以正虚为主。若久发正虚，虚实错杂者，当按病程新久及全身症状辨别其主次。

本研究通过对出现频率较高的药物进行归类，发现解表清里、温肺化饮、止咳化痰、活血化瘀、补益肺脾类中药占主要部分，可见支气管哮喘急性发作病因病机分虚实两端，邪实以痰热、寒饮为主，正虚以肺脾气虚为主。而且在疾病的发生发展过程中，正虚与邪实可能相互为病，互为因果。正虚的发生可能加重邪实，邪实的出现可能会引起正虚的产生。

聚类分析显示：第 1 类药物以解表清里中药为主，包括炙麻黄、石膏、甘草、苦杏仁、白果、黄芩、苏子、桑白皮、瓜蒌、鱼腥草、葶苈子、地龙、丹参，为麻杏石甘汤、定喘汤的主要药物组成。支气管哮喘急性发作出现气粗息涌，喉中痰鸣，咳嗽，咯黄痰，这与宿痰伏肺，遇诱因刺激，痰从热化有关，治疗上多予定喘汤清热宣肺、化痰定喘。若寒邪外束，肺热内盛，则可用麻杏石甘汤以宣肺散寒，清热平喘。

第 2 类药物以温肺化饮中药为主，包括细辛、半夏、五味子、桂枝、款冬花、紫菀、白芍、射干、大枣、生姜，为小青龙汤、射干麻黄汤的主要药物组成。素体阳

虚，寒痰伏肺，遇诱因刺激，痰从寒化，发为寒哮，治疗上多予小青龙汤或射干麻黄汤温肺散寒、化痰平喘。

第 3 类药物以具有化痰作用的中药为主，包括陈皮、茯苓、桔梗、白芥子、莱菔子、枳壳。哮喘的发生与宿痰伏肺有关，遇诱因刺激出现痰阻气道，气道挛急，治疗上予化痰类中药以化痰平喘。

第 4 类药物以补益肺脾中药为主，包括白术、黄芪、党参、补骨脂。其原因主要与肺脾两脏的五行关系，痰、饮、水、湿等病理产物的生成有关。急性期邪实为主，本虚为标，治疗上标本兼顾、攻补兼施。

第 5 类药物以祛风止咳类中药为主，包括蝉蜕、僵蚕、百部、贝母。哮喘反复发作，时发时止，发时喉中哮喘有声，止如常人，治疗上多加用祛风的药物以祛风化痰止咳。久病咳喘、气阴耗伤，则多加用百部、贝母以润肺止咳。

第 6 类药物以活血化瘀中药为主，包括当归、川芎、熟地黄、桃仁、柴胡、防风。支气管哮喘中瘀血的生成主要与以下几个方面有关：因虚致瘀；气滞血瘀；久病入络，瘀血阻络；因痰致瘀，因瘀致痰，痰瘀互结。

总之，支气管哮喘急性发作的用药是建立在中医整体观念，辨证论治的基础上，其病因病机决定了其用药规律。支气管哮喘急性发作的病因病机分邪实、正虚两端，邪实以痰热、痰饮为主，正虚以肺脾气虚为主，用药以解表清里、温肺化饮、补益肺脾类中药为主。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2008, 31(3): 177-185.
- [2] 苏奎国, 张波, 姜良铎. 射干麻黄汤化痰联合舒利迭治疗哮喘 72 例疗效观察[J]. 辽宁中医药杂志, 2010, 37(7): 1273-1274.

(收稿日期 2014-10-06)

(上接第 9 页)

- [11] Satchiell P, Alberti A, Condiini M, et al. Nitric oxide metabolites, pmstaglandins and trigeminal vasoactive peptides in internal jugular vein blood during spontaneous migraine attacks[J]. Cephalalgia, 2000, 20(10): 907-918.
- [12] 杜绝分, 李英, 王纪佐, 等. 偏头痛患者血浆一氧化氮和镁含量测定及发病机制探讨[J]. 天津医药, 2002, 30(11): 651.
- [13] Wray SH, Mijovic-Prelec D, Kosslyn SM. Visual processing in migraineurs[J]. Brain, 2005, 118: 25.
- [14] 蒙古学百科全书: 医学卷[M]. 呼和浩特: 内蒙古大学出版社, 2002: 758.
- [15] 于永胜, 林立. 振动性血管损伤生化机制的研究进展[J]. 中华劳动卫生职业病杂志, 2006, 24(8): 498-501.
- [16] 程荔. 振动性血管功能损伤与血管内皮活性物质关系的研究[J]. 中国城乡企业卫生杂志, 2009, 2(1): 18-19.

(收稿日期 2014-09-30)

·研究报告·

流行性乙型脑炎中医证素分布规律的文献研究*

罗丕舵¹ 刘志勇^{2△} 李 耘³ 赵丽娜⁴

(1. 河南省郑州市中医院, 河南 郑州 450000; 2. 河南中医学院第二附属医院, 河南 郑州 450002; 3. 湖北中医药大学, 湖北 武汉 430065; 4. 河南省郑州市儿童医院, 河南 郑州 450053)

中图分类号: R512.32 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0013-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.005

【摘要】目的 基于文献报道探讨流行性乙型脑炎证素分布与组合的规律, 为流行性乙型脑炎中医证素的分布规律提供依据。**方法** 检索中国生物医学文献数据库(CBM)、中国学术期刊全文数据库(CNKI)和中国中医文献检索系统数据库(TCM)。制定《流行性乙型脑炎中医证候文献整理规范》, 建立流行性乙型脑炎证候文献研究数据库, 采用 SPSS17.0 统计软件进行统计描述。**结果** 27 个证素中, 频率依次为热火 (26.55%)、暑 (96.46%)、湿 (86.73%)、毒 (98.67%)、阴虚 (37.61%)、阳虚 (85.40%)、虚 (10.18%)、实 (83.63%)、津亏 (8.41%)、亡阴 (11.06%)、亡阳 (12.83%) 等; 病位证素依次为脾 (70.35%)、肺 (34.96%)、心 (48.67%)、肝 (24.77%)、肾 (11.50%)、胃 (80.53%)、大肠 (5.75%)、下焦 (11.06%)、表 (26.11%)、里 (30.09%)、卫分 (57.52%)、气分 (64.16%)、营分 (30.09%)、血分 (17.26%) 等。单一证素构成证候主要为阳虚、阴虚、津亏、亡阴、亡阳, 累积频率为 14.93%; 两病性证素构成证候主要为暑热证、毒邪证、暑温证、湿毒证、热毒证、阴虚火旺证、正虚邪恋证等, 累积频率为 41.63%; 三病性证素构成证候主要为暑热毒证、暑热湿证等, 其累积频率为 25.34%; 四病性证素构成证候以热陷营血和肺卫热毒证为主, 累积频率为 11.31%; 五病性证素构成证候以疫毒闭肺表里湿热, 毒犯脑络表里热, 毒犯心包营血为主, 累积频率为 2.26%; 其他组合较少。**结论** 流行性乙型脑炎的主要病理因素是暑、毒、湿、热(火)、阴虚、阳虚等为主, 其间相互兼夹, 常相合为病, 或袭于卫表、或壅于肺胃, 引发疾病; 或入里酿成毒邪, 侵袭脑络或心包, 变化为病。

【关键词】 流行性乙型脑炎 证素 文献研究

Literature Study of TCM Syndrome Elements Distribution Law in the Japanese Encephalitis LUO Pid-uo¹, LIU Zhiyong², LI Yun³, et al. 1 Zhengzhou City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Henan Province, Henan, Zhengzhou 450000, China; 2 Second Affiliated Hospital of Henan College of Traditional Chinese Medicine, Henan, Zhengzhou 450002, China; 3 Hubei University of Chinese Medicine, Hubei, Wuhan 430065, China

【Abstract】Objective: To explore Japanese encephalitis syndrome element distribution with the combination of the law and To provide a basis for the distribution pattern of epidemic encephalitis TCM prime. **Methods:** The retrieval CBM, CNKI and TCM to develop the Japanese encephalitis TCM syndrome literature norms. The establishment of Japanese encephalitis syndrome literature database was used SPSS17.0 statistical software for statistical description. **Results:** The 27 syndrome elements, the frequency in order to heat fire (26.54%), summer (96.45%), wet (86.72%), drugs (98.67%), yin deficiency (37.61%) yang deficiency (85.39%), deficiency (10.17%), real (83.26%), jin loss (8.40%), yin death (11.06%), yang death (12.83%). Disease slip prime spleen (70.35%), lung (34.95%), heart (48.67%), liver (22.47%), renal (11.50%), stomach (80.53%), large intestine (5.75%), under the coke (11.06%), exterior part (26.10%), interior part (30.08%), Weifen (57.52%), qifen (64.15%), yingfen (30.08%), bloodfen (17.25%). Single syndrome elements constitute a certificate of climate mainly yang, yin, jin loss, Yin death and the Yang death, cumulative frequency for 14.93%; the two disease syndrome elements constitute syndromes heat permit, toxin certificates, summer temperature certificate certificates of poisoning caused by damp, hot toxic syndrome, Yin Huo-wang card, positive imaginary evil love card, the cumulative frequency of 41.65%. The three disease syndrome elements constitute syndromes heat toxic syndrome, damp

* 基金项目: 国家中医药管理局传染病防治行业专项(200907001-8)

△通信作者(电子邮箱: lzy2007668@163.com)

heat, the cumulative frequency of 25.34%. Four disease syndrome elements of syndrome of heat trapped in the blood of the camp and lung health hot toxic syndrome-based cumulative frequency of 11.29%. The five disease syndrome elements constitute a syndrome to immunotoxin off the lung hot and humid table, the drug traffickers brain network exterior heat, the drug traffickers pericardial camp blood-based, cumulative frequency of 2.25%. Other combinations were few. **Conclusion:** Japanese encephalitis is the main pathological factors are heat, poison, wet, hot (fire), yin, yang, etc., The meantime each other and folders, often coincide for the sick, or the passage of the health form, or obstruct lung and stomach, causing disease; or toxin into the lead, the disease attacks the brain network or pericardium change.

[Key words] Japanese Encephalitis; Syndrome elements; Literature

流行性乙型脑炎(EB)是由乙脑病毒引起的,以脑实质炎症为主要病变的中枢神经系统急性传染病。该病主要经蚊虫传播,发生于夏秋季,乙脑暴发流行主要在亚洲地区的热带、亚热带和温带地区,以 10 岁以下儿童多见,临床上以高热、意识障碍、抽搐、病理反射及脑膜刺激征为特征。重症者常出现中枢性呼吸衰竭,病死率较高,可有后遗症。现代医学认为乙脑病毒是导致儿童神经系统病毒感染和遗留后遗症的重要原因之一,是人类面临的主要公共健康问题之一^[1]。流行性乙型脑炎每年都有一定的发病率和死亡率,大流行时更为严重。本病属于中医学暑温、伏暑、温疫、疫疹范畴。本文研究着眼于流行性乙型脑炎文献收集、整理,应用统计学方法进行数据分析,以探索其证候要素点的组合规律,为进一步开展流行性乙型脑炎中医证候诊断标准的规范化研究提供依据。

1 资料与方法

1.1 文献来源 以中国生物医学文献数据库(CBM, 1986 年至 2010 年)、中国学术期刊全文数据库(CNKI, 1986 年至 2010 年)和中国中医文献检索系统数据库(TCM, 1988 年至 2010 年)为检索目标。检索关键词是“流行性乙型脑炎 or 乙型脑炎 or 乙脑”and “中医 or 证候”。

1.2 文献选择 (1)纳入标准:具有明确关于流行性乙型脑炎证候分型的文献,证候的临床特征症状(包括舌、脉)可完全或不具备。(2)排除标准:①个案报道。②重复发表的论文或重复引用的文献内容,仅取 1 篇,其余排除。③观察对象年龄不能超过 23 岁的研究。

1.3 数据预处理、建立数据库 针对计算机检索文献,根据纳入及排除标准对每一篇文献的题目、内容摘要进行阅读,剔除不合格文献;经初步筛选后文献进行逐篇阅读全文,进行再次筛选;没有收录全文,进行人工查阅;将 3 个文献数据库中合格文献进行对比,相同文献仅取 1 篇。建立数据库:编写《流行性乙型脑炎中医证素文献整理规范》,即将原始资料数据量化后录入计算机,建立流行性乙型脑炎证候文献研究数据库(参照中医药学名词委《中医药名词 2004》(2005 年)进行名词学术语规范)。

1.4 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件进行系统聚类法,变量之间相似性测度选用皮尔逊相关系数(Pearson correlation)。

2 结果

2.1 文献概况 共检索到文献 212 篇,按照纳入标准、排除标准进一步评定与筛选,最终收集到合格文献 135 篇,计 226 条记录(每篇文献中关于证型的描述作为 1 条记录)。

2.2 证候要素(证素)构成及组合规律分析

2.2.1 证素分布情况 共提取证素 27 个,其中包括病性/病因证素 12 个和病位证素 15 个。见表 1。

表 1 流行性乙型脑炎证素分布情况

病性证素	频次	频率(%)	病位证素	频次	频率(%)
热(火)	60	26.55	脾	159	70.35
暑	218	96.46	肺	79	34.96
湿	196	86.73	心	110	48.67
毒	223	98.67	肝	56	24.77
阴虚	85	37.61	肾	26	11.50
阳虚	193	85.40	胃	182	80.53
虚	23	10.18	大肠	13	5.75
实	189	83.63	下焦	25	11.06
津亏	19	8.41	表	59	26.11
亡阴	25	11.06	里	68	30.09
亡阳	29	12.83	卫分	130	57.52
其他	15	6.64	气分	145	64.16
			营分	68	30.09
			血分	39	17.26
			其他	12	5.31

2.2.2 证素组合规律分析 见表 2。证素组合形式:流行性乙型脑炎文献中,证素组合形式有 6 种。其中,二证素和三证素组合最多,其构成比为 66.97%。(1)单一证素构成证候分布:单一证素证候主要分为单一病性证素和单一病位证素(靶点)命名两种情况,单一证素主要包括阳虚、阴虚、津亏 3 种(各 4 条),亡阴(3 条)、亡阳(2 条)。单一病位包括表证、里证、卫分证、气分证、营分证(各 2 条)和血分证(6 条),累积频率为

14.93%。(2)两证素组合的证候分布:主要可以分为两病性证素证候、两病位证素(靶点)证候和单一病性证素+单一病位证素(靶点)证候 3 种情况,累积频率为 41.63%。其中两病性证素证候以暑热证(12 条)、毒邪证、暑温证(各 8 条)较为多见,其他尚有湿毒证、热毒证、阴虚火旺证、正虚邪恋证等(各 1 条);两病位证素证候以卫分证、气分证、营分证多见(各 5 条),尚有血分证、卫气同病、阳明气热证、阳明血分证等(各 1 条);单一病性证素(靶点)包括毒邪犯肺 10 条、毒邪心包 20 条、表热证 5 条(包括卫分热证 3 条,表热证、毒邪脑络各 1 条)、里证 4 条(包括气营两燔证、肝风欲动、毒陷脾胃、毒陷营血各 1 条),其他如热邪侵里证、热陷心包各 1 条。(3)三证素组合的证候分布:三证素证候组包括三病性证素证候、三病位证素、单一病性证素+两靶点、两病性证素+单一靶点 4 种情况,其累计频率为 25.34%。其中,三病性证素证候主要为暑热毒证(6 条)和暑热湿证(3 条);三病位证素(靶点)证候主要为三焦合病(上焦 5 条,中焦、下焦各 2 条)。单一病性证素+两病位证素(两靶点)以毒侵脾胃证(6 条)多见,还有毒邪在卫表证(6 条)、肺胃郁热(3 条);两病性证素+单一病位证素(靶点)证候以暑热犯表证(7 条)、暑热犯肺证(4 条)、暑热陷心包证(2 条)、暑毒陷脑络(2 条)较多,其他,尚有热毒犯表证、气分暑热证、下焦湿毒证和肝阴不足证(各 2 条)。(4)四证素组合的证候分布:主要包括两病性证素+两病位证素(两靶点)、四病性证素和三病性证素+单一病位证素(靶点)证候等 3 种情况,累积频率为 11.31%。其中,热陷营血(15 条)和肺卫热毒证(6 条)较多,其他如热毒壅盛气阴两虚

证、气分热毒挟湿证、营分湿毒挟热证(各 1 条)较少。(5)五证素组合的证候分布:此种证候组合较少,如三病性证素+两病位证素(靶点)(外暑里湿毒型,2 条)和两病性证素+三病位证素(靶点)证候(疫毒闭肺表里湿热,毒犯脑络表里热,毒犯心包营血,各 1 条),累积频率为 2.26%。⑥其他:其他证型尚有:夹湿证 2 条,动风 2 条证,内陷 2 条,伤气阴 2 条,亡阴 1 条,亡阳 1 条。累积频率为 4.52%。

3 讨论

流行性乙型脑炎在中医古籍中未见记载此名,但根据流行性乙型脑炎发病特点,应属于其病名为“暑温”、“湿温”、“瘟疫”、“疫疹”等范畴。《内经》认为是“五疫之至,皆相染易”。《素问遗篇·刺法论》“五疫之至,皆相染易,无问大小,病状相似”。《诸病源侯论·时病诸侯》曰“因岁时不和,湿凉失节,人感乖戾之气而生病者,多相染易”。因有“伤寒论”和“温病论”两种观点,故中医对此病病名混乱,病因病机不统一、证型分型不统一;特别此病其症状轻微,早期还不能明确诊断,甚至无证可辨,给中医药防治的辨证施治带来一定的困难,亟待进一步研究规范。笔者主要从文献的角度对流行性乙型脑炎证候要素及其分布规律、组合规律进行探讨,使其中医辨证分型更加规范化、标准化,为临床辨证施治提供依据。

“证素主要指辨证所确定的病位和病性”^[2]。证素^[3]概念的提出,为解决中医证候研究提供了新的思路。证素不等于证候和证名,病性的概念中包含了病因^[4]。朱文峰等认为,“证素是通过证候(症状、体征等病理信息)的辨识,而确定的病位和病性,是构成证名的基本要素^[3]”。一些学者认为从开展证候要素的组合研究着手,在证候规范性研究中取得很大的进展^[5-6]。本次研究中共提取了包括病性证素、病位证素等 27 个证素,然后依据张志斌等^[6]的方法将病位证素抽提出来作为证候的靶点进行分析。结果显示:流行性乙型脑炎辨证的主要病性证素以热(火)、暑、湿、毒、阴虚、阳虚、虚、实、亡阴、亡阳等为主,病位证素(证候靶点)以脾、肺、心、肝、肾、胃、大肠、下焦、表、里、卫分、气分、营分、血分等为主。从证素分布来看,流行性乙型脑炎的病因为暑湿热毒为主,临床病机特点以邪实为主。本涉及及虚证的文献资料较少,主要为阳虚和阴虚(津伤),对其病机的探讨尚不能得出有意义的结论,还需进一步研究。

证素通过相互组合形成了疾病临床证候的复杂性和多变性。但其组合均有一定的规律。通过对证素组合规律的认识,有助于把握疾病病机及演变规律,为临床治疗和证候规范研究提供依据^[7]。本次文献中流行性

表 2 流行性乙型脑炎文献中的主要证候要素组合形式

组合形式	证素组合	频次	构成比(%)
单一证素	单一病性证素	17	7.69
	单一病位证素(靶点)	16	7.24
两证素组合	两病性证素	32	14.48
	两病位证素(靶点)	19	8.60
	单一病性证素+单一靶点	41	18.55
三证素组合	三病性证素	9	4.07
	三病位证素	9	4.07
	单一病性证素+两靶点	15	6.79
	两病性证素+单一靶点	23	10.41
	两病性证素+两靶点	20	9.05
四证素组合	四病性证素	2	0.90
	三病性证素+单一靶点	3	1.36
	三病性证素+两靶点	2	0.90
五证素组合	两病性证素+三靶点	3	1.36
	其他	10	4.52
合计		221	100.00

慢性阻塞性肺疾病发作期与缓解期中医证候分布特点的文獻研究*

苏铭瑞¹ 张纾难²

(1.北京中医药大学,北京 100029;2.卫生部中日友好医院,北京 100029)

中图分类号:R563.9 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)01-0016-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.006

【摘要】目的 探讨中医文献中慢性阻塞性肺疾病(COPD)证候及其证候要素分布特点。**方法** 通过检索文献,选取 2000 年至 2014 年有关 COPD 中医辨证文献,建立 Epidata2.0 数据库,应用 SPSS17.0 进行描述性统计分析。**结果** 在 COPD 发作期,频次出现在前 10 为的证候类型分别为:痰热蕴肺、痰湿壅肺、痰瘀阻肺、表寒肺热、水凌心肺、肺肾气虚、血瘀证、脾肺气虚、气阴两虚以及风热犯肺;稳定期频次出现在前 10 为的证候类型依次为:肺肾气虚、痰湿阻肺、肺气虚、气阴两虚、脾肺气虚、肺阴虚、脾气虚、血瘀证、肾阴虚、肾阳虚。对证候要素在发作期,出现频率 $\geq 5\%$ 的病位类证候要素分别为:肺、脾; $\geq 5\%$ 的病性类证候要素为:痰、火(热)、湿(浊)、寒、水饮。在稳定期,出现频率 $\geq 5\%$ 的病位类证候要素分别为:肺、肾、脾; $\geq 5\%$ 的病性类证候要素为:气虚、阴虚、湿(浊)、痰、血瘀。**结论** COPD 临床辨证分型复杂多样,而证候要素相对简约,对临床辨证论治起到执简驭繁的作用。

【关键词】 慢性阻塞性肺疾病 发作期 稳定期 证候 文献分析

Modern Literature Study of Common Syndromes and Syndrome Factors of Chronic Obstructive Pulmonary Disease SU Mingrui¹,ZHANG Yunan². 1 Beijing University of Chinese Medicine,Beijing 100029, China;2 The Ministry of Health,China-Japan Friendship Hospital,Beijing 100029,China

【Abstract】Objective: To explore the Chinese literature in chronic obstructive pulmonary disease syndromes and syndrome elements distribution. **Methods:** The search through the literature from 2000 to 2014 of chronic obstructive pulmonary disease in TCM literature was established by the Epidata2.0 database and analyzed by the SPSS17.0 software. **Results:** In patients with chronic obstructive pulmonary disease exacerbation frequency, the first 10 syndrome types respectively were heat phlegm, phlegm obstructing lung, phlegm obstructing lung, cold and lung heat, water Ling lung and heart, lung and kidney qi deficiency, blood stasis, qi deficiency of spleen and lung, deficiency of both qi and yin and wind heat invading lung. The stable frequency appears in the first 10 syndrome types were lung and kidney qi deficiency, phlegm, deficiency of lung qi, qi and yin deficiency, qi deficiency of spleen and lung, lung yin deficiency, qi deficiency, blood stasis, deficiency of kidney yin, deficiency of kidney yang. Syndrome factors in period of onset, syndrome elements with frequency $\geq 5\%$ of disease location were lung and spleen. Syndrome elements frequency $\geq 5\%$ of disease nature were phlegm, fire (heat), wet(turbidity), cold, water to drink. In the stable phase, frequency $\geq 5\%$ syndrome elements of disease location were lung, kidney and spleen. Frequency $\geq 5\%$ syndrome elements of disease nature were qi deficiency, yin deficiency, for wet(turbidity), phlegm and blood stasis. **Conclusion:** The clinical syndrome of chronic obstructive pulmonary disease type complex, while the syndrome elements are relatively simple, for clinical treatment based on syndrome differentiation to the simplified role.

【Key words】 Chronic obstructive pulmonary disease; Onset period; Stable period; Syndrome; Literature analysis

慢性阻塞性肺疾病(COPD),主要是肺组织终末支气管远端部分包括呼吸性细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡的膨胀和过度充气,导致肺组织弹力减退,容积增大。本病在我国的发病率约在 0.6%~4.3%之间^[1-3]。中

医学根据 COPD 的主要临床表现特点,归属于“咳嗽”、“喘证”、“肺胀”等范畴。COPD 的形成是一个反复迁延的过程,因此 COPD 的咳嗽当属内伤咳嗽范畴^[4]。中医药对本病的治疗有一定的优势与经验,但目前中医对本病的辨证认识有不同的见解,影响了中医药治疗 COPD 的深入研究与临床疗效的提高。故本研究在遵

* 基金项目:国家中医药管理局中医药行业科研专项(200807046)

循循证医学原则下,拟通过文献整理对慢性阻塞性肺疾病的证候进行分析,总结本病的常见证候及证候要素的分布规律,以期为临床治疗本病提供一定的理论基础。

1 资料与方法

1.1 文献选择 检索 2000 年至 2014 年在《中国学术期刊全文数据库》、《中国生物医学文献数据库》、《中文科技期刊数据库(全文版)》所收录的涉及慢性阻塞性肺疾病中医证候的文献。纳入标准:文章有明确的慢性阻塞性肺疾病西医临床诊断,并有中医证候记载;对诊断不明确、无中医证候记载、雷同文章则予删除。

1.2 检索方法 进入上述文献数据库的电子检索界面,以“慢性阻塞性肺疾病”、“慢性阻塞性肺气肿”、“肺胀”或“COPD”为题名或关键词进行一次检索,然后在检索到的文章中分别用“中医”、“证候”、“辨证分型”等为检索词进行二次检索。将文献中涉及到的中医证候选出,对于同一篇文献中多次出现同一证候,作 1 频次计算,将文献中证候录入数据库中保存备用。

1.3 数据处理 按照国家技术监督局颁布的《中医临床诊疗术语》^[5],以及参照《中医诊断学》^[6]、《中医证候鉴别诊断学》^[7]对纳入研究的文献中证候类型的名称进行规范化。如风寒犯肺证、风寒袭肺证、寒邪客肺证等以风寒犯肺证计;痰湿阻肺证、痰湿蕴肺证以痰湿阻肺证计;脾虚、脾气虚、脾气不足证,以脾气虚证计。对于超出以上 3 种证候规范标准的证候名称,将文献原貌进行保留,如气血不调、瘀阻肺络等。按照《中医诊断学》^[6]、《中医药学名词》^[8]中对有关证候的概述,同时参考国家“973”计划项目“证候规范及其与疾病、方剂相关的基础研究”中“证候规范与辨证方法体系的研究”课题组对证候要素的初研究结果^[8-10],将规范后的证候分解为病位和病性类证候要素两类。例如,肺肾两虚,按标准分为病位类证候要素脾、肾;病性类证候要素气虚、阳虚;阴阳两虚分解的证候要素就是病性类证候要素阴虚、阳虚。

1.4 数据库的建立及统计方法 用 Epidata2.0 建立数据库,录入完毕后将 Epidata2.0 数据库导出,应用 SPSS17.0 统计软件进行描述性统计分析。

2 结果

2.1 证候类型的分布 见表 1。结果共下载符合检索要求的相关文献共计 481 篇,建立证候条目共 2405 条。在纳入分析的 481 篇文献中,其中有 195 篇涉及 COPD 发作期中医证候类型 19 种(规范后),累计频次为 527 次,其中出现频次排在前 10 位的证候类型出现频次为 485 次,占发作期证候总频次的 92.03%,具体类型及频次、频率如表 1 所示。有 337 篇涉及 COPD 稳定期中医证候类型 27 种(规范后),累计频次为 962

次,其中出现频次排在前 10 位的证候类型出现频次为 941 次,占发作期证候总频次的 97.82%,具体类型及频次、频率如表 1 所示。证候的出现频率=(出现频次/各期总频次)×100%。

表 1 出现频次在前 10 位的 COPD 发作期、稳定期证候类型的分布情况

次序	证候名称	急性发作期		证候名称	稳定期	
		频次(n)	频率(%)		频次(n)	频率(%)
1	痰热蕴肺	132	25.05	肺肾气虚	283	29.42
2	痰湿壅肺	81	15.37	痰湿阻肺	119	12.37
3	痰瘀阻肺	69	13.09	肺气虚	102	10.60
4	表寒肺热	58	11.01	气阴两虚	91	9.46
5	水凌心肺	41	7.78	脾肺气虚	82	8.52
6	肺肾气虚	33	6.26	肺阴虚	69	7.17
7	血瘀证	25	4.74	脾气虚	62	6.44
8	脾肺气虚	23	4.36	血瘀证	60	6.24
9	气阴两虚	14	2.66	肾阴虚	45	4.68
10	风热犯肺	9	1.71	肾阳虚	28	2.91

2.2 证候要素的分析 见表 2,表 3。在纳入分析的 481 篇文献中,在 195 篇涉及 COPD 发作期文献中提取证候要素 19 种,累计出现频次为 1473 次;其中 8 种为病位类,出现频次 586 次(39.78%),11 种为病性类出现频次 887 次(60.22%)。在 337 篇涉及 COPD 稳定期文献中提取证候要素 19 种,累计出现频次为 2387 次;其中有 9 种为病位类,出现频次为 1217 次(50.98%),有 10 种为病性类,出现频次为 1170 次(49.02%)。

表 2 COPD 发作期、稳定期病位类证候要素的分布情况

病位要素名称	急性发作期		病位要素名称	稳定期	
	频次(n)	频率(%)		频次(n)	频率(%)
肺	452	77.13	肺	671	55.14
脾	58	9.90	肾	356	29.25
肾	27	4.61	脾	144	11.84
经络	19	3.24	经络	24	1.97
表	14	2.39	里	7	0.58
肝	8	1.37	肝	5	0.41
里	5	0.85	表	5	0.41
半表半里	3	0.51	半表半里	3	0.25
			神窍	2	0.16

3 讨论

实现中医学标准化和现代化的重要步骤在于中医病、证和症状的规范,故积极开展及建立规范化的证候诊断标准有利于本病的深入研究和多中心协作,同时为临床治疗提供一定的理论基础。从根据文献报道显示^[11-12]结果表明,各医家辨证结果有邪实、有正虚,或

表 3 COPD 发作期、稳定期病性类证候要素的分布情况

病性要素 名称	急性发作期		病位性素 名称	稳定期	
	频次(n)	频率(%)		频次(n)	频率(%)
痰	437	49.27	气虚	620	52.99
火(热)	207	23.34	阴虚	205	17.52
湿(浊)	85	9.58	湿(浊)	119	10.17
寒	58	6.54	痰	119	10.17
水饮	45	5.07	血瘀	60	5.13
血瘀	27	3.04	阳虚	30	2.56
风	9	1.01	津液伤	7	0.60
气滞	8	0.90	水饮	5	0.43
阳虚	7	0.79	寒	3	0.26
津液	2	0.23	风	2	0.17
燥	2	0.23			

虚实夹杂均较多见,且不同分期见解各异。本研究表明,在 COPD 发作期,频次出现在前 10 为的证候类型分别为:痰热蕴肺、痰湿壅肺、痰瘀阻肺、表寒肺热、水凌心肺、肺肾气虚、血瘀证、脾肺气虚、气阴两虚以及风热犯肺,其中以实证居多,占 7 种证候类型;稳定期频次出现在前 10 为的证候类型依次为:肺肾气虚、痰湿阻肺、肺气虚、气阴两虚、脾肺气虚、肺阴虚、脾气虚、血瘀证、肾阴虚、肾阳虚。稳定期虽以虚证为主,但亦可见实证,如痰湿阻肺、血瘀证;而发作期亦可见体现出稳定期常可脾肺气虚、气阴两虚证候的出现,两期都体现出本病虚实夹杂的病机特点,为治疗本病提供一定的辨证组方思路。

本研究通过对证候要素的分析可见,在发作期,出现频率 $\geq 5\%$ 的病位类证候要素分别为:肺、脾; $\geq 5\%$ 的病性类证候要素为:痰、火(热)、湿(浊)、寒、水饮。由此可见,发作期病位在肺、脾,以痰、火(热)、湿(浊)、寒、水饮为主要致病因素,单独或夹杂致病,发病体现出以实证为主,解释本期治疗需以祛痰、化湿、清火、散寒、化饮为主。而在稳定期,出现频率 $\geq 5\%$ 的病位类证候要素分别为:肺、肾、脾; $\geq 5\%$ 的病性类证候要素为:气虚、阴虚、湿(浊)、痰、血瘀。病位在肺、肾、脾,突出了稳定期常因患者年老体弱、或久病不愈,由肺、脾累及肾;本期以气虚、阴虚为主,但湿(浊)、痰、血瘀亦为多

见,体现出稳定期主要以虚实夹杂为多见,治疗在补虚的同时,不忘祛痰、化湿、化瘀。

综上所述,辨证论治是中医的特点,本研究 COPD 发作期与稳定期进行文献研究,彰显出不同医家对本病中医证候辨证的数目繁多,且存在辨证、证候描述不规范。本研究通过分析证候特点,发现证候要素对治疗思路可以起到执简驭繁的作用。故通过对证候要素的提取,将多维多阶的辨证方法体系进行降维,能更好地体现中医理论思想,又可增加临床实用性和可操作性,为临床治疗不同分期的 COPD 提供一定的理论基础。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)[J]. 中国医学前沿杂志:电子版,2014,6(2):67-80.
- [2] GOLD Executive Committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (Revised 2011)[EB/OL]http://www.goldcopd.com/
- [3] 柳涛,蔡柏蔷. 慢性阻塞性肺疾病诊断、处理和预防全球策略(2011 年修订版)介绍[J]. 中国呼吸与危重监护杂志,2012,11(1):1-12.
- [4] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南: 中医病证部分[M]. 北京:中国中医药出版社,2008:11.
- [5] 国家技术监督局. 中华人民共和国国家标准: 中医临床诊疗术语证候部分[M]. 北京:中国标准出版社,1997:39-45.
- [6] 季绍良. 中医诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:135-161.
- [7] 姚乃礼. 中医证候鉴别诊断学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2005:30-52.
- [8] 中医药学名词审定委员会. 中医药学名词[M]. 北京:科学出版社,2004:58-80.
- [9] 朱文锋. 证素辨证学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:162-229.
- [10] 王天芳,杜彩凤,王庆国,等. 基于症候要素及病证结合建立证候诊断标准的思路[J]. 中西医结合学报,2009,10(7):901-904.
- [11] 于丽丽,王天芳,徐雯洁,等. 慢性阻塞性肺疾病稳定期证候及证候要素分布特点的临床研究[J]. 北京中医药大学学报,2010,33(10):699-702.
- [12] 傅开龙,卢健,焦扬. 299 例慢性阻塞性肺疾病中医证候横断面调查[J]. 中医杂志,2007,48(10):923-926.

(收稿日期 2014-09-03)

欢迎投稿 · 欢迎订阅

邮局订阅代号:78-98 联系邮箱:zgzyjzyx@126.com 投稿请登录本刊网站(http://www.zgzyjz.com)注册后进入投审稿系统操作

· 研究报告 ·

“醒脑开窍”针刺法对脑缺血再灌注大鼠模型早期运动功能恢复及 SYN 表达影响的研究*

李钦潘 王 伟 韩永升[△] 汪炜民 毛玉强 郭 铁 韩峰群

(安徽中医药大学神经病学研究所附属医院, 安徽 合肥 230061)

中图分类号: R285.5 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0019-05

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.007

【摘要】目的 观察“醒脑开窍”针刺法对局灶性脑缺血再灌注大鼠模型早期运动功能恢复和脑内突触囊泡蛋白(SYN)表达的影响。**方法** 健康成年雄性 SD 大鼠随机分为假手术组、模型组、电针组和电针对照组, 每组 40 只。采用线栓法制作大鼠大脑中动脉缺血再灌注模型。电针组和电针对照组针刺双侧内关、水沟、三阴交、百会, 行电针治疗 30 min。首次针刺在动物造模成功后 24 h 内进行, 其后每日上午针刺 1 次, 每 7 日为 1 疗程(针刺 6 d, 休息 1 d)。假手术组、模型组常规饲养于笼内, 不进行任何干预治疗。各组大鼠在 7、14 d 两个时间点亚组随机取 20 只进行神经功能评估, 然后随机各取 10 只进行脑梗死体积的比较和免疫组化 SP 法检测 SYN 的表达。**结果** 电针对照组和假手术组大鼠无神经功能缺损症状, 7、14 d 时电针组大鼠神经功能恢复明显优于模型组。TTC 法染色后电针对照组和假手术组未见脑梗死灶, 电针组脑梗死体积明显小于模型组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。免疫组化 SP 法检测电针对照组和假手术组可见少量 SYN 的表达, 模型组大鼠脑梗死后两个时间点脑缺血周围出现 SYN 表达增多, 与假手术组比较均有极显著差异($P < 0.01$), 电针组 SYN 表达在两个时间点较模型组增加更明显($P < 0.05$)。**结论** “醒脑开窍”针刺法能促进大鼠局灶性脑梗死后的神经运动功能恢复, 其机制可能与促进脑局灶性缺血再灌注大鼠脑内 SYN 的表达, 提高神经可塑性有关。

【关键词】 “醒脑开窍”针刺法 脑缺血再灌注 运动功能 SYN 神经可塑性

Effect of Experimental Study of Xingnaokaiqiao Acupuncture Therapy on the Recovery of Motor Function and the Expression of SYN on Cerebral Ischemia Reperfusion Rat Model at Early Stage LI Qinpan, WANG Wei, HAN Yongsheng, et al. Affiliated Hospital of Institute Neurology, Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Anhui, Hefei 230061, China

【Abstract】Objective: To restore the effect of the Xingnaokaiqiao acupuncture therapy on the recovery of motor function and the expression of SYN after focal cerebral ischemia reperfusion in rats at the early stage. **Methods:** Healthy adult male SD rats were randomly divided into sham operation group, model group, electro acupuncture group and the electroacupuncture group, with 40 rats in each group. They were established to middle cerebral ischemia reperfusion model by suture method. Electroacupuncture were performed in the electro acupuncture group and the electroacupuncture group at acupoints of two Neiguan (PC06), shuigou (DU26), Sanyinjiao (SP06), Baihui (DU20), for 30 minutes. The first acupuncture in animal model after the success of 24 h, followed by acupuncture once a day every morning, every 7 days for a course of treatment (acupuncture for 6 days to rest 1 days). The sham operation group, model group were conventionally fed on the cage, without any intervention therapy. 20 Rats of each group were assessed with long's score, and taked 10 rats to Compare the volume of cerebral infarction and detect the expression of SYN with the method of immunohistochemical SP in 7 d and 14 d. **Results:** Electro acupuncture control group and sham operation group rats without neurological deficit, the nerve functional recovery in rats with electro acupuncture group was better than that of the model group in 7 d and 14 d. Electroacupuncture control group and sham operation group had no infarction after being stained with the method of TTC, the volume of cerebral infarction about the electroacupuncture group was obviously less than that in model group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). A small amount expression of SYN with immunohistochemical SP method for detection of electro acupuncture control group and sham operation group, the increased

* 基金项目: 安徽省自然科学基金项目(1308085MH140)

[△]通信作者(电子邮箱: hyssp@126.com)

expression of SYN around cerebral ischemia the rats in the model group at the two time points, compared with the sham operation group was significant ($P < 0.01$). Expression of SYN about electroacupuncture group compared to the model group increased significantly ($P < 0.05$) at two time points. **Conclusion:** The Xingnaokaicao acupuncture therapy can promote the recovery of neurological function after focal cerebral infarction in the rats. The mechanism may be related to promoting the expression of SYN and improving neural plasticity after the focal cerebral ischemia reperfusion in rats

【Key words】 Xingnaokaicao acupuncture method; Cerebral ischemia reperfusion; Motor function; SYN; Neural plasticity

缺血性脑血管病由于其高发病率、患病率、致残率、复发率和死亡率,已经成为威胁人类健康的重大疾病^[1]。因此进一步加大防治力度,预防脑血管病的并发症,改善脑血管病的预后,提高脑血管病的疗效已成为当前一项刻不容缓的重务。目前关于缺血性心血管病(ICVD)的治疗仅有 t-PA 具有循证医学的证据,而且迄今为止仅有 3%~5% 的急性缺血性脑卒中患者得到 t-PA 的治疗^[2]。在溶栓治疗方面,也使用神经保护剂来保护脑组织免受或减轻再灌注损伤,但尚无一种神经元保护药物让临床 ICVD 患者从中获益^[3]。而研究证实针刺在 ICVD 的应用优势独特^[4],已经成为中风的常规治疗方法^[5]。本研究主要通过针刺干预脑缺血再灌注大鼠模型,从神经可塑性探讨大鼠运动功能的恢复,为针刺治疗缺血性脑血管病提供新的理论和实验依据。

1 材料与方法

1.1 动物分组 选择 18 月龄,雄性老年,体质量 250~300 g 的 SD 大鼠 160 只(购自合肥白湖博源实验动物繁殖中心),饲养于安徽中医药大学实验动物中心。喂养鼠用清洁级颗粒饲料,动物自由取水,视垫料的清洁度更换垫料。饲料、垫料均购自于合肥白湖博源实验动物繁殖中心,饲养环境温度 24~28℃,相对湿度 45%~65%,光照 12 h,通风良好。动物随机分为假手术组(只做血管分离)、模型组、电针组、电针对照组,每组 40 只。根据治疗天数 7 d、14 d,随机又分为 2 个亚组,每亚组各 20 只。

1.2 仪器与试剂 G6805 电针仪(苏州医疗用品厂有限公司);TB-71SS 生物组织自动包埋机(湖北孝感市泰维电子有限公司);2135 切片机(德国 Leica);HPX-9052 数显电热培养箱(上海博迅实业有限公司医疗设备);DP70 数码图像装置(日本奥林巴斯);捷达 JD801 图像分析系统(江苏捷达科技有限公司);Synaptophysin Polyclonal Antibody(批号 17785-1-AP,美国 GBI 公司);照相机(日本尼康);PBS(北京中杉金桥生物技术有限公司);2,3,5-氯化三苯基四氯唑(TTC)(Sigma 公司)

1.3 模型制备 在室温 22℃条件下,SD 大鼠称质量后,参考 Zea Longa 方法^[6],制备急性缺血性脑血管病动

物模型。电针对照组不进行任何手术处理,假手术组只分离动脉,不结扎、插线。大鼠苏醒后参照 Zea Longa^[6]方法评分:0 分为无神经系统症状;1 分为不能完全伸展对侧前爪;2 分为爬行时转圈;3 分为向对侧倾倒;4 分为不能自行行走,意识丧失。达到 1~3 分为造模成功。因本实验模型成功率低,动物死亡率又高,采用差额补充的方法以保证每组的实验例数。

1.4 干预方法 电针组:造模成功后用自制鼠夹固定,不麻醉。根据华兴邦等^[7]制定的大鼠针灸穴位图谱,主穴双侧内关、水沟、双侧三阴交、百会。采用苏州生产的华佗牌毫针,规格为直径 0.2 mm,针身 0.5 寸。选用“醒脑开窍”针刺法进行针刺:先直刺双侧内关 1 mm 至筋间,用捻转提插结合的泻法,持续 1 min 留针 30 min;继刺水沟,在鼻中隔下部向上斜刺水沟 1 mm,施雀啄法强刺激 1 min,其次刺三阴交,直刺 5 mm,采用提插补法刺激 1 min;最后向前或向后斜刺百会穴 2 mm,并采用平补平泻的捻转手法,转角度 180°左右,施手法 1 min,留针 30 min,留针期间将内关、三阴交穴位针刺针柄分别连接至 G6805 电针仪,施以疏密波,频率 2/100 Hz,电压 2~4 V,强度逐渐加大到模型鼠针刺部位轻微抖动为度。首次针刺在造模成功后 24 h 内进行,其后每天上午针刺 1 次,每 7 日为 1 疗程(针刺 6 d,休息 1 d)。电针对照组:不进行任何手术,抓取、固定方法、针刺穴位、方法、频率、电针刺激参数等同电针组。假手术组和模型组:常规饲养于笼内,不进行任何干预治疗。

1.5 标本采集 各组大鼠分别于 7 d、14 d,两个时间点各亚组随机取 10 只。用 10%水合氯醛腹腔内注射麻醉后固定于手术台,剪开胸腔,暴露心脏,用 9 号针头插入左心室,待右心耳膨起剪开右心耳让血液流出,灌注 4℃生理盐水,至大鼠口中流出无色液体时开始用 4%的多聚甲醛灌注固定,灌注过程中会发现甲醛滴速由快变慢,大概灌注 30 min 左右时大鼠身体及内脏基本僵硬,然后立即剖颅取出完整大脑,取出的脑组织放置于冰的生理盐水中洗去残余的血水(以减少残余血水对实验结果的影响),然后放置于 4%的多聚甲醛中保存(6~24 h)备用,行免疫组化检测。每个亚组剩下的 10 只剖颅取脑后,从视交叉处切开,冠状切取 2 mm 包括梗死灶区域和左右半球的脑组织,然后放置

于冰箱中冷冻 15 min 左右,基本变硬后切片行氯化三苯基四氯唑(TTC)染色。注意试验过程中要严格无菌消毒,取脑组织时动作要轻柔、迅速,切勿强行牵拉而破坏脑组织的完整性。

1.6 指标检测

1.6.1 神经功能评定 参照 Zea Longa^[6]神经功能评分标准评分。在模型制作成功第 7、14 日分别进行神经功能评分,观察其运动功能恢复的情况。

1.6.2 脑组织 HE 病理染色 大鼠脑组织石蜡包埋固定、切片,切片厚度 4 μm ,切片常规用二甲苯脱蜡,经各级乙醇至水洗,然后将切片置于苏木素轻度复染 8 min,自来水冲洗去多余染料,1%盐酸乙醇分化数秒,水洗 1 min,然后置于 PBS 溶液中蓝化,至细胞核变蓝,再置于 1%伊红水溶液中浸泡 2 min,梯度酒精脱水、二甲苯透明,最后用中性塑胶封片,晾干后,用 OLYMPUS DP70 数码图像装置拍摄 10 $\times$ 40 倍镜下选取的同张片子的 5 个不同视野的图片,最后采用捷达 JD801 图像分析系统分析。

1.6.3 TTC 染色后计算实验 SD 大鼠脑组织梗死体积从冰箱中取出脑组织,置于体积分数 2%的 2,3,5-TTC 中,组织要完全被 TTC 液覆盖,在 37 $^{\circ}\text{C}$ 下避光染色 30 min,期间 15 min 后翻动 1 次,以便组织两面都能完全着色。正常脑组织被染成红色,坏死组织不着色。再用体积分数 4%的多聚甲醛固定后使用 1000 万像素以上数码相机照相,使用捷达 JD801 图像分析系统计算脑梗死体积,采用梗死率表示梗死体积:梗死率(100%)=微梗死体/总体积 $\times$ 100%=($S_1+S_2+S_3+\dots+S_n$)/($S_{1\text{总}}+S_{2\text{总}}+S_{3\text{总}}+\dots+S_{n\text{总}}$) $\times$ H/ $(S_{1\text{总}}+S_{2\text{总}}+S_{3\text{总}}+\dots+S_{n\text{总}})$ H, S 表示每片的梗死面积,H表示每片厚度。

1.6.4 免疫组化检测 突触囊泡蛋白(SYN)在大鼠脑组织的表达:(1)脑组织石蜡包埋,经常规切片、60 $^{\circ}\text{C}$ 水中摊片、粘片、65 $^{\circ}\text{C}$ 烘片 6 h 后脱蜡脱水,然后经各级乙醇至水洗;(2)热修复抗原:微波炉中以最大微波火力加热 110 s,然后以最小微波火力加热 8 min,室温自然冷却;(3)置于 3% H_2O_2 去离子水 20 mL 孵育 6 min,以消除内源性过氧化物酶,自来水洗 2 min;(4)将玻片铺于湿盒内,PBS 冲洗两遍,甩干,在组织周围用“SUPER PAP PEN”画一圈,将一抗(1:50 稀释)滴于组织上覆盖组织,然后在湿盒内加水盖盖,4 $^{\circ}\text{C}$ 冰箱过夜;(5)取出湿盒复温 30 min,PBS 冲洗两遍,甩干,然后滴加 DAB 显色液,显微镜下观察 2~5 min,显色后,自来水洗涤终止反应,水洗 2 min;(6)苏木素轻度复染 4 min,水洗去多余的染料,1%盐酸乙醇溶液中分化数秒,水洗 1 min,然后置于 PBS 溶液中蓝化;(7)梯度酒精脱水、二甲苯透明、中性树胶封片;(8)OLYMPUS-DP70 数码图像装置下观察、摄片,捷达 JD801 图像分析系统对 SYN 表达进行分析。

1.7 统计学处理 应用 SPSS13.0 统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,多组间比较采用 one way ANOVA 分析,方差齐性采用 LSD 法两两比较,不齐时采用 Dunnett's 法。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组大鼠神经功能评分比较 见表 1。电针对照组和假手术组大鼠未见神经功能缺损症状。模型组和电针组比较,造模成功后 7 d、14 d 时,电针组大鼠神经功能恢复明显优于模型组($P<0.05$)。

表 1 各组大鼠不同时间点神经功能评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	n	24 h	7 d	14 d
电针对照组	20	0	0	0
假手术组	20	0	0	0
模型组	20	2.75 $\pm$ 0.50*	2.26 $\pm$ 0.61*	1.61 $\pm$ 0.36*
电针组	20	2.32 $\pm$ 0.57* Δ	1.57 $\pm$ 0.57* $\Delta\Delta$	1.08 $\pm$ 0.29* $\Delta\Delta$

与假手术组比较,* $P<0.01$;与模型组比较, $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$ 。下同。

2.2 HE 染色脑组织病理学改变 见图 1。电针对照组和假手术组细胞排列整齐,形态正常,结构完整。模型组可见神经元细胞大部分消失,现存的细胞失去完整结构,胞体缩小,核固缩,核碎裂明显,随着缺血时间的延长,神经细胞损伤减轻,细胞结构逐渐恢复,后期出

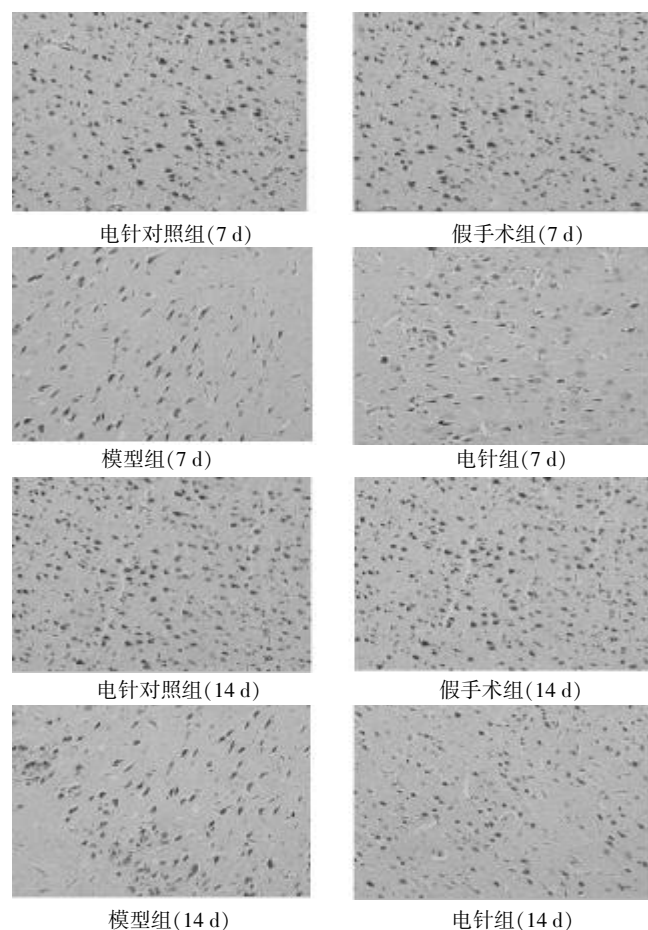


图 1 各组大鼠不同时间点脑组织病理学图(HE 染色, $\times 40$)

现胶质细胞增生。电针组可见对应时间点神经细胞损伤较模型组轻,胶质细胞增生明显,血管内皮细胞长入。

2.3 TTC 染色后大鼠脑组织梗死体积比较 见表 2。电针对照组和假手术组未出现明显的梗死灶,模型组及电针组各个时间点均出现不同程度的梗死灶,电针组不同时间点脑梗死体积均小于模型组,术后 7 d 差异有统计学意义($P<0.05$),术后 21 d 差异有统计学意义($P<0.01$)。

表 2 各组大鼠不同时间点脑梗死率(% , $\bar{x}\pm s$)

组别	n	7 d	14 d
电针对照组	10	0	0
假手术组	10	0	0
模型组	10	39.07±0.88*	31.47±2.34*
电针组	10	38.35±1.21* $\Delta\Delta$	21.43±1.06* $\Delta\Delta$

2.4 各组大鼠不同时间点 SYN 的蛋白表达分析与比较 见图 2,表 3。镜下显示 SYN 在电针对照组和假手术组表达弱。脑缺血后在血肿周围区、皮质区见有棕黄色的阳性表达,主要表现为细胞浆表达,细胞形态多为卵圆形,细胞体积增大,核仁明显,随着缺血时间的延长,细胞表达逐渐增强,有的甚至出现双核;电针组与模型组比较阳性细胞数更多,多呈散在的或聚集分布,

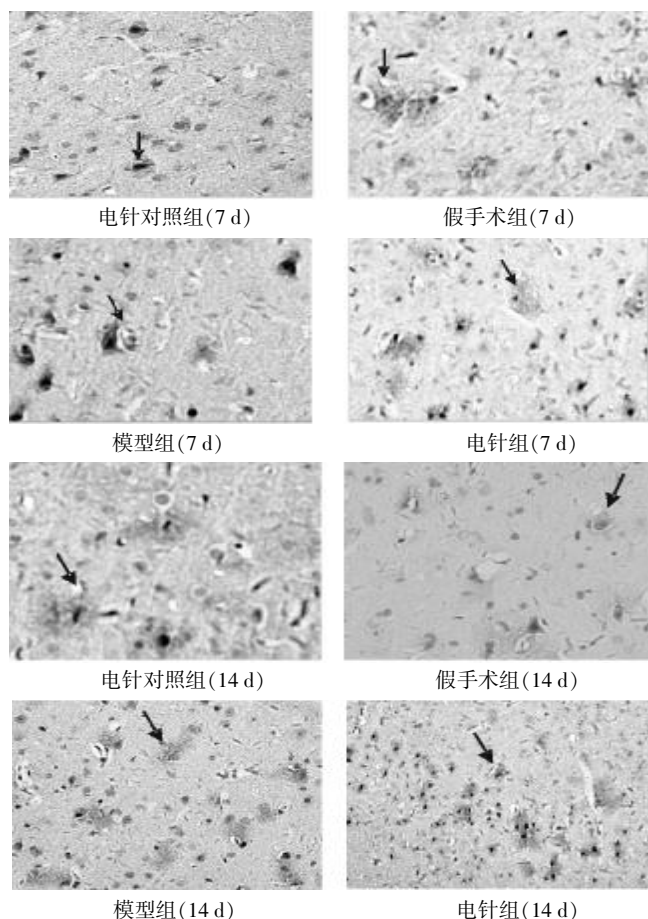


图 2 各组大鼠不同时间点 SYN 的蛋白表达($\times 40$)

表 3 各组大鼠不同时间点 SYN 的蛋白表达量($\bar{x}\pm s$)

组别	n	7 d	14 d
电针对照组	10	1.26±0.13	1.31±0.29
假手术组	10	1.28±0.12	1.29±0.28
模型组	10	2.75±0.72*	4.46±0.89*
电针组	10	3.47±1.04 Δ	5.13±0.96 Δ

着色逐渐加深,表达更明显。从统计学分析阳性细胞数(以积分光密度表示):2 个时间点假手术组和电针对照组比较差异无统计学意义($P>0.05$),模型组表达较假手术组增多,比较差异有统计学意义($P<0.01$),电针组表达比模型组更明显($P<0.05$)。

3 讨论

相关研究表明急性期脑梗死的运动功能恢复和中枢神经可塑性密切相关,而神经可塑性的研究是目前亟待解决的问题之一[8]。新近研究发现,SYN 的表达在促进神经结构与功能重建、神经生长发育等方面起着关键作用[9]。

SYN 分子量为 38 kda,为糖蛋白,定位于各种神经末梢的突触前囊泡上,可作为突触前膜的特异性标志,它与突触的形成有关,其含量高可准确反映突触数目的多少,因此 SYN 等与神经可塑性密切相关,其基因表达与蛋白含量的变化可直接影响到相互联系的神经元数目、突触数量,被认为是神经可塑性的标志蛋白[10-11]。突触素通过其磷酸化作用参与并调节谷氨酸、乙酰胆碱等神经递质的释放和通过突触素结构作用来影响着神经可塑性。脑缺血损伤后,SYN 参与 Ca^{2+} 依赖性神经递质释放,介导突触小泡与突触前膜融合,同时与突触前小泡膜上的多种蛋白质相互作用,如与 ATP 酶组成复合体,形成突触小泡的“质子泵”,参与突触的外排、内吞循环,使突触再生和构建新的突触连结,并协助细胞骨架蛋白运输神经递质,从而对受损区的功能进行代偿。SYN 作为突触前膜的标志,它的定位和定量能够准确反映突触的密度和分布,因此在局灶性脑缺血的梗死区周边表达增高,成为评价突触重建的重要指标[12-13]。Stroemer 等[14]观察发现局灶性脑皮质梗死后,随着时间的推移,病灶浅层皮质与对侧相应区域 SYN 的表达随着时间的推移明显增加,而且神经行为功能的恢复和 SYN 的表达也呈正相关。曾进胜等[15]研究发现,脑梗死早期,SYN 在同侧纹状体、丘脑腹后外侧核和对侧脊髓前角明显增多,大鼠神经功能出现自发性改善。本实验结果显示假手术组和电针对照组各个时间点之间 SYN 表达无显著差异。提示大鼠大脑未损伤的情况下并不表现明显的突触可塑性;模型组和电针组在对应时间点 SYN 表达逐渐增强,而且电针组表达增强更明显,说明脑梗死后,不论有无针

刺,脑组织均会发生一定程度的可塑性变化,但针刺能更强地促进缺血后突触的功能增强,促进脑的可塑性增强。

本实验大鼠针刺采用天津中医药大学石学敏院士创立的“醒脑开窍”针刺法。该法取穴中百会、水沟穴归属于督脉,位于头部正中依“腧穴所在,主治所在”故可以治疗脑病,达到升提清阳,醒脑调神,开窍启闭的作用;相关实验也发现它们对脑卒中偏瘫患者大脑皮层的中枢生物电有良好的调节作用^[16];内关可调节心的输出量,改善脑循环。三阴交属足太阴脾经,为足三阴经交会之处,统治脾、肝、肾三阴经所主疾病,为治血之要穴。对于该法临床治疗数十万例,通过对 9005 例脑卒中患者进行总结,总有效率达到 98.56%^[17]。对于电针,是在毫针基础上在针刺频率、波型波宽、电流强度、刺激时间等给予量化,以便定量分析提高疗效。

本实验中大鼠脑梗死体积的缩小和运动功能的恢复与 SYN 的表达呈正相关,至于它们之间的具体关系,由于样本量小,观察时间较短,后期尚待进一步研究证实。

参 考 文 献

- [1] 罗祖明,丁新生. 缺血性脑血管病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2011:1001.
- [2] Philipp T, Rabih G, Tawak WP, et al. Medical therapy for ischemic stroke: review of intravenous and intra arterial treatment options[J]. World Neurosurg, 2011, 76(6S): 9S-15S.
- [3] Young AR, Ali C, Duretête A, et al. Neuroprotection and stroke: time for compromise[J]. J Neurochem, 2007, 10(3): 1302-1309.
- [4] Liu W, Mukherjee M, Sun C, et al. Electroacupuncture may help motor recovery in chronic stroke survivors: a pilot study[J]. J Rehabil Res Dev, 2008, 45(4): 587-595.
- [5] 张琳瑛. 中风的针灸治疗概况[J]. 针灸临床杂志, 2004, 20(6): 61-63.
- [6] Zea Longa E, Weinstein PR, Carlson S, et al. Reversible middle cerebral artery occlusion without craniectomy in rats[J]. Stroke, 1989, 20(1): 84-91.
- [7] 华兴邦,周浩良,李辞荣,等. 大鼠穴位图谱的研制[J]. 实验动物与动物实验, 1991, 2(1): 1-5.
- [8] 谭峰. 脑缺血-复流性脑损伤神经可塑性变化领域的研究[J]. 中国临床康复, 2004, 8(1): 144-145.
- [9] Leelerc N, Beesloy PW, Brown L, et al. Synaptophysin expression during synaptophysin in the rat cerebral cortex[J]. J Comp Neurol, 1989, 280: 197-212.
- [10] Liu HX, Zhang JJ, Zheng P, et al. Altered expression of MMP-2, GAP-43 and synaptophysin in the hippocampus of rats with chronic cerebral hypoperfusion correlates with cognitive impairment[J]. Mol Brain Res, 2005, 13(9): 169-177.
- [11] Komitova M, Johansson BB, Eriksson PS. On neural plasticity new neurons and the postischemic milieu: an integrated view on experimental rehabilitation[J]. Exp Neurol, 2006, 19(9): 42-55.
- [12] 马岱朝,陈卫银,李红刚. 参芎滴丸对大鼠脑缺血再灌注后神经可塑性的影响[J]. 中成药, 2012, 34(5): 814-818.
- [13] 于炳新,吕传真,罗玉敏. rhG-CSF 增加实验性脑缺血周围区的突触囊泡蛋白的表达[J]. 中国临床神经科学, 2006, 14(6): 590-593.
- [14] Stroemer RP, Kent TA, Hulsebosch CE. Neocortical neural sprouting, synaptogenesis, and behavioral recovery after neocortical infarction in rats[J]. Stroke, 1995, 2(6): 2135-2136.
- [15] 曾进胜,李华,范玉华,等. 实验性大鼠皮层梗死后中枢神经系统相关部位的神经可塑性[J]. 中国脑血管病杂志, 2002, 17(2): 69-71.
- [16] 左方,石现,田嘉禾,等. 电针头穴对人脑运动功能区糖代谢影响的正电子发射断层扫描研究[J]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(3): 237-238.
- [17] 石学敏. “醒脑开窍”针刺法治疗中风病 9005 例临床研究[J]. 中医药导报, 2005, 11(1): 3-5.

(收稿日期 2014-09-23)

(上接第 3 页)

strongly in dopamine-depleted striatum than in intact striatum[J]. Exp Neurol, 2000, 164(1): 209-214.

- [7] Harrower TP, Tyers P, Hooks Y, et al. Long-term survival and integration of porcine expanded neural precursor cell grafts in a rat model of Parkinson's disease[J]. Exp Neurol, 2006, 197(1): 56-69.
- [8] Cui X, C hopp M, Shehadah A, et al. Therapeutic benefit of

treatment of stroke with simvastatin and human umbilical-cord blood cells: neurogenesis, synaptic plasticity, and axon growth[J]. Cell Transplant, 2012, 21(5): 845-856.

- [9] Nagahara AH, Tuszynski MH. Potential therapeutic uses of BDNF in neurological and psychiatric disorders[J]. Nat Rev Drug Discov, 2011, 10(3): 209-219.

(收稿日期 2014-09-20)

针刺左侧列缺穴对大脑前动脉血流动力学影响的研究*

庞 博 程为平[△] 栾 媛 程光宇 肖秉龙
(黑龙江中医药大学, 黑龙江 哈尔滨 150040)

中图分类号: R246 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0024-03
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.008

【摘要】目的 探讨针刺左侧列缺穴对健康青年大脑前动脉(ACA)的血流动力学影响,并探究列缺穴对不同性别受试者 ACA 的影响,为临床选取该穴治疗脑血管病提供依据。**方法** 选取健康青年 30 例,分为 3 组进行试验,分别为男女混合组 30 例、女性组 15 例、男性组 15 例。针刺受试者左侧列缺穴,在针刺前(针刺前 10 min)、入针后(进针得气时)、行针时(留针 15 min)、出针时(留针 30 min)、出针后(出针后 10 min)运用 TCD 分别记录志愿者双侧 ACA 的血流动力学改变。**结果** (1)男女混合:针刺左侧列缺穴,在出针时,双侧 ACA 的舒张期最大血流速度(Vd)较针刺前显著增加($P < 0.05$)。(2)女性:针刺左侧列缺穴,在出针时,双侧 ACA 的舒张期 Vd 较针刺前显著增加($P < 0.05$)。(3)男性:针刺左侧列缺穴,在出针 10 min 后,左侧大脑前动脉 PI 与行针时比较有所增加($P < 0.05$)。**结论** 针刺左侧列缺穴可增加健康青年双侧 ACA 血流速度,其中女性结果明显优于男性。列缺穴可作为女性 ACA 缺血性疾病的首选治疗穴位。男性选穴意义不大。

【关键词】 列缺穴 大脑前动脉 血流动力学

Research on Hemodynamic Effects of Acupuncture on Left Lieque (LU7) on the Arteria Cerebri Anterior
PANG Bo, CHENG Weiping, LUAN Yuan, et al. Heilongjiang University of Chinese Medicine, Heilongjiang, Harbin 150040, China

【Abstract】Objective: To investigate the hemodynamic effects of acupuncture on left Lieque(LU7) on the arteria cerebri anterior in healthy young subjects and different gender and to provide the basis for cerebrovascular disease therapy. **Methods:** 30 healthy volunteers were randomly divided them into three groups including the mixed group with 30 cases, the female group with 15 cases and the male group with 15 cases. Needled the left Lieque (LU7) and detected the ACA hemodynamic changes on both sides with TCD and recorded the results at these following points: 10min before the needle, needle into the body and feel sour, numb, dilate and ache, manipulate the needle (retaining needle for 15min), withdraw the needle (retaining needle for 30 min), 10min after needle. **Results:** (1)The mixed group: bilateral ACA's diastolic blood flow velocity (Vd) became significantly faster at the time of withdrawing the needle than that before the acupuncture ($P < 0.05$). (2)The female group: bilateral ACA's diastolic blood flow velocity (Vd) became significantly faster at the time of withdrawing the needle than before the acupuncture ($P < 0.05$). (3)The male group: the left ACA's pulsatility index (PI) was increased at the time of withdrawing the needle after 10min than manipulating the needle ($P < 0.05$). **Conclusion:** (1)The mixed group: needling left Lieque(LU7) is able to increase the bilateral ACA's brain blood stream and has a positive influence on ACA's hemodynamics. (2)The female group: needling left Lieque(LU7) is able to increase the bilateral ACA's brain blood stream. (3)Male group: needling left Lieque(LU7) is able to increase the left ACA's pulsatility index. It has an effect of contracting ACA's blood vessel of males.

【Key words】 Lieque (LU7); Arteria cerebri anterior(ACA); Hemodynamics

列缺穴是针灸常用腧穴之一,临床应用广泛,目前对于列缺穴对脑血管病的治疗却少有研究。经颅多普勒超声(TCD)主要是通过超声波遇红细胞移动时的频

率变化来计算脑血流速度,可以较客观地反映脑血管状态及辅助诊断。为了研究列缺穴对脑动脉血流动力学的作用,笔者利用 TCD 检测针刺左侧列缺穴后大脑前动脉(ACA)的血流动力学改变,同时进一步研究针刺该穴对男女不同性别脑血流动力学的影响,为临床应用该穴治疗脑血管疾病提供依据。

* 基金项目:黑龙江省中医药管理局立项课题(ZHY12-Z027)
[△] 通信作者(电子邮箱: pangbobao@126.com)

1 资料与方法

1.1 研究对象 选择 2013 年 6 月至 2014 年 6 月黑龙江中医药大学在读学生志愿者,健康青年 30 例,男性 15 例,女性 15 例;平均年龄(24 ± 2.3)岁,排除既往脑血管畸形、高血压、糖尿病、周围血管病等疾病,无不良嗜好,TCD 检测 ACA 血流动力学指标在正常范围,经受试者同意并签署知情同意书后进行实验。在实验前 3 d 禁烟,停用对血流动力学有影响的食品和药物。

1.2 实验仪器 采用德国进口的无创经颅多普勒超声仪(EME 公司 Companion III),探头的频率是 7.5 MHz,取样深度可达到 3.0~6.0 cm。针具为华佗牌针灸针(苏州医疗用品厂,直径 0.35 mm,长 40.00 mm)。

1.3 实验方法 选取室温(22.50 ± 1.45)℃,湿度(53.60 ± 2.11)%的房间,光线充足,环境整洁而安静。实验宜在受试者餐后 2 h 后进行,待其安静平卧 15~20 min 后开始记录。

1.3.1 取穴与针刺 (1)取穴:针刺穴位选取左侧列缺穴(LU7):在前臂桡侧缘,桡骨茎突上方,腕横纹上 1.5 寸,当肱桡肌与拇长展肌腱之间^[1]。(2)针刺:常规皮肤消毒后,向上斜刺列缺穴,针刺深度为 0.3~0.8 寸,以局部或沿经络循行方向出现酸、麻、胀、痛为得气,后施以平补平泻手法,每秒捻转 6 转,行针 15 s,共计 90 转。为尽量减少误差,整个实验过程均由同一位针灸医师进行操作,30 min 后出针并按压局部止血。

1.3.2 检测方法 采用经颅多普勒超声仪进行实验,志愿者平卧并充分暴露检查一侧的颞部,使探头在不同深度于颞窗探及双侧 ACA,并在 ACA 血流稳定后(彩色图像饱和处)取样,分别在以下 5 个时间点,即针刺前(针刺前 10 min)、入针后(进针得气时,平补平泻 15 s 后)、行针时(留针 15 min,平补平泻 15 s 后)、出针时(留针 30 min 后,平补平泻 15 s 后)、出针后(出针后 10 min),记录双侧 ACA 的收缩期最大血流速度(Vs)、舒张末期最大血流速度(Vd)、平均血流速度(Vm)、搏动指数(PI)和阻抗指数(RI)。

1.4 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计学软件。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用单因素方差分析的方法对所有参数进行分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 30 例患者双侧 ACA 不同时间点的 TCD 参数比较

2.1.1 30 例患者右侧 ACA 不同时间点的 TCD 参数比较 见表 1。由表 1 可见,针刺左侧列缺穴在出针时,右侧 ACA 的 Vd 与针刺前、进针时、行针时及出针后比较显著增加,差异明显($P < 0.05$)。右侧 ACA 的 PI、RI、Vs、Vm 在入针后、行针时、出针时、出针后与针刺前比较,虽有一定变化,但差异无统计学意义($P >$

0.05)。

表 1 30 例患者不同时间点右侧 ACA 的 TCD 各参数比较($\bar{x} \pm s$)

时间	PI	RI	Vs(cm/s)	Vd(cm/s)	Vm(cm/s)
针刺前	0.71±0.20	0.52±0.04	60.67±20.30	32.63±9.40*	46.43±11.79
入针后	0.66±0.18	0.50±0.05	61.17±23.74	32.73±10.98*	43.93±14.40
行针时	0.65±0.19	0.51±0.04	63.67±21.32	32.63±9.81*	43.93±13.57
出针时	0.69±0.20	0.51±0.04	63.77±23.80	42.00±10.71	46.50±13.99
出针后	0.67±0.16	0.51±0.04	68.03±21.55	35.77±10.93*	47.37±13.95

与出针比较,* $P < 0.05$ 。下同。

2.1.2 30 例患者左侧 ACA 不同时间点的 TCD 参数比较 见表 2。针刺左侧列缺穴在出针时,左侧 ACA 的 Vd 与进针前、进针时、行针时及出针后比较显著增加($P < 0.05$)。左侧 ACA 的 PI、RI、Vs、Vm 数值与针刺前比较,无明显变化($P > 0.05$)。

表 2 30 例患者不同时间点左侧 ACA 的 TCD 各参数比较($\bar{x} \pm s$)

时间	PI	RI	Vs(cm/s)	Vd(cm/s)	Vm(cm/s)
针刺前	0.68±0.18	0.52±0.04	64.97±18.63	34.03±9.00*	44.87±11.85
入针后	0.70±0.15	0.50±0.05	65.37±18.98	33.17±9.14*	44.53±11.59
行针时	0.69±0.22	0.50±0.04	63.50±19.45	32.93±9.04*	43.63±12.55
出针时	0.69±0.12	0.50±0.05	65.37±18.22	41.10±11.76	45.47±11.99
出针后	0.71±0.20	0.50±0.05	65.20±18.90	33.73±10.74*	45.00±11.99

2.2 男、女性双侧 ACA 不同时间点的 TCD 参数比较

2.2.1 男、女性右侧 ACA 不同时间点的 TCD 参数比较 见表 3。由表 3 可见针刺女性左侧列缺穴在出针时,右侧 ACA 的 Vd,与针刺前、进针时、行针时及出针后比较,明显增加($P < 0.05$)。右侧 ACA 的 PI、RI、Vs、Vm 在入针后、行针时、出针时和出针后各时间点与针刺前比较,虽有一定变化,但差异无统计学意义($P > 0.05$)。男性组右侧 ACA 的 PI、RI、Vs、Vd、Vm 在进针时、行针时、出针时、出针后 10 min 与针刺前比较,均无明显变化,无统计学意义($P > 0.05$)。

表 3 男、女性不同时间点右侧 ACA 的 TCD 各参数比较($\bar{x} \pm s$)

时间	性别	PI	RI	Vs(cm/s)	Vd(cm/s)	Vm(cm/s)
针刺前	男性	0.73±0.20	0.51±0.05	69.80±19.79	33.13±7.88	47.67±11.65
	女性	0.63±0.18	0.52±0.04	65.07±17.55	34.60±6.67*	46.33±10.40
入针后	男性	0.66±0.21	0.50±0.05	59.87±26.27	32.13±12.72	42.67±16.26
	女性	0.72±0.17	0.50±0.05	66.73±22.66	33.13±10.82*	46.00±12.93
行针时	男性	0.62±0.15	0.51±0.05	61.67±19.70	32.40±9.06	42.67±12.5
	女性	0.72±0.25	0.51±0.04	66.53±18.38	33.53±8.32*	44.87±11.75
出针时	男性	0.70±0.20	0.50±0.04	67.20±25.27	39.40±12.91	46.27±14.78
	女性	0.67±0.16	0.51±0.04	66.87±18.80	44.53±11.08	46.47±11.50
出针后	男性	0.72±0.16	0.51±0.04	68.47±23.78	35.27±11.30	46.73±16.16
	女性	0.64±0.19	0.50±0.04	65.87±20.05	35.60±9.43*	46.47±12.91

2.2.2 男、女性左侧 ACA 不同时间点的 TCD 参数比较 见表 4。由表 4 可见针刺女性左侧列缺穴在出针时,左侧 ACA 的 Vd,与针刺前、进针时、行针时及出针后比较,显著增加,差异有统计学意义($P < 0.05$)。左侧 ACA 的 PI、RI、Vs、Vm 值,在入针后、行针时、出针时、出针后 10min 与针刺前比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。针刺男性左侧列缺穴,在出针后,左侧大脑前动脉 PI,与行针时比较有所增加,差异显著($P < 0.05$)。其余参数与针刺前比较,虽有变化,但无明显差异($P > 0.05$)。

表 4 男、女性不同时间点左侧 ACA 的 TCD 各参数比较($\bar{x} \pm s$)

时间	性别	PI	RI	VS(cm/s)	Vd(cm/s)	Vm(cm/s)
针刺前	男性	0.72±0.17	0.52±0.05	64.87±20.27	33.47±11.07	43.40±13.34
	女性	0.71±0.22	0.52±0.03	65.53±21.27	32.13±10.97*	45.20±12.20
入针后	男性	0.69±0.14	0.50±0.05	64.00±15.11	33.20±8.91	45.07±10.51
	女性	0.65±0.16	0.50±0.05	62.47±21.75	33.33±9.34*	45.20±12.72
行针时	男性	0.65±0.18	0.50±0.04	60.47±20.65	32.33±9.97	42.40±13.60
	女性	0.67±0.23	0.51±0.04	65.60±23.35	32.87±10.82*	45.20±14.83
出针时	男性	0.70±0.08	0.50±0.05	63.87±18.15	37.67±11.77	44.47±12.78
	女性	0.67±0.20	0.51±0.04	68.33±23.10	44.60±7.53	46.73±13.68
出针后	男性	0.78±0.19 [△]	0.50±0.06	64.53±18.35	31.87±11.94	44.53±12.70
	女性	0.63±0.15	0.51±0.06	67.60±19.89	36.27±8.71*	48.00±11.87

与行针时比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

3 讨论

列缺穴是手太阴肺经的络穴,肺主表,手阳明大肠经为其所络之经,故列缺穴可宣肺解表,善治一切外感表证,兼以疏通阳明经气血,《灵枢·经脉》云“手阳明大肠之脉,起于大指次指之端,循指上廉……出髀骨之前廉,上出于柱骨之会上……其支者:从缺盆上颈,贯颊”,为大肠经循行与头项部的依据,且古有“头项寻列缺”之说,故可选择列缺治疗外感表证头项强痛。列缺穴为八脉交会穴之一,通于任脉,《素问·骨空论》“任脉者,起于中极之下……上颐,循面,入目”,其循行亦经过头面部,针刺列缺穴从理论上可激发上述经脉之经气,疏通经络,以治疗头部疾患。

本实验结果显示:(1)对于男女混合时,针刺健康青年左侧列缺穴,在出针时,双侧 ACA 的 Vd 与针刺前、入针后、行针时及出针后比较显著增加($P < 0.05$)。

表明列缺穴可增加双侧 ACA 的 Vd,适用于 ACA 缺血性脑血管病的针刺治疗。同时双侧 ACA 的 Vs、Vm、PI、RI 在入针后、行针时、出针时、出针后各个时间段与针刺前比较,参数均无明显改变。PI、RI 描述了 TCD 血流波形的搏动性和远端血管阻力,能够反映血管的弹性和顺应性变化^[2],提示针刺左侧列缺穴对双侧 ACA 除 Vd 以外的血流速度无改变,PI、RI 无变化即没有使双侧 ACA 血管收缩的不良反应。(2)对于健康青年女性,针刺左侧列缺穴,双侧 ACA 的 Vd 在出针时与针刺前、入针后、行针时及出针后比较有所增加,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示列缺穴可增加女性双侧 ACA 的 Vd。双侧 ACA 其余参数均无明显改变,表明针刺左侧列缺穴对双侧 ACA 除 Vd 以外的血流速度及 PI、RI 无显著影响。(3)对于健康青年男性,针刺左侧列缺穴,各时间段右侧 ACA 的 Vs、Vd、Vm、PI、RI 与针刺前比较均无明显变化($P > 0.05$)。左侧 ACA 的 PI 在出针后与行针时比较有所增加,统计学有意义($P < 0.05$),说明针刺左侧列缺穴不能增加男性大脑前动脉血流速度,而且有使男性左侧大脑前动脉血管收缩的负性作用。

综合以上实验结论,本研究得出针刺左侧列缺穴可增加健康青年双侧 ACA 血流速度,其中女性结果明显优于男性,提示列缺穴适用于作为女性 ACA 缺血性疾病的首选治疗穴位,而对于男性选用该穴意义不大甚至应该慎重选用。张晓华等^[3]曾利用 TCD 探究列缺穴对椎动脉血流动力学的影响,认为列缺穴可以有效改善椎动脉的供血强度,本实验拓宽研究范围,进一步探究列缺穴对脑动脉中 ACA 的各项指数的影响,完善了列缺穴对脑血流动力学作用的研究。由于本实验均采用健康青年作为实验对象,所以对老年人及患者的作用尚不明确,且针刺列缺穴对大脑中动脉及大脑后动脉血流动力学又会产生怎样的变化,这一系列问题有待于进行进一步研究和探讨。

参考文献

- [1] 孙国杰. 针灸学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2002:40.
- [2] 程为平,田国萍,许宇飞. 神经疾病辅助诊断学[M]. 哈尔滨:东北林业大学出版社,2009:246.
- [3] 张晓华,艾群. 列缺穴对椎动脉血流动力学影响的研究[J]. 上海针灸杂志,2006,25(6):36-38.

(收稿日期 2014-10-22)

欢迎投稿 · 欢迎订阅

四逆汤对脓毒症中晚期大鼠心肌细胞的保护作用*

韩 云 谢东平 赖 芳 杨卫立 林熙泉
(广东省中医院芳村医院, 广东 广州 510145)

中图分类号: R285.5 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0027-03
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.009

【摘要】目的 观察四逆汤对脓毒症中晚期大鼠心肌损伤的保护作用。**方法** 雄性 SPF 级大鼠 70 只, 随机分为正常对照组、脓毒症模型组、四逆汤低剂量组和高剂量组。采用盲肠结扎穿孔制作脓毒症中晚期大鼠模型。治疗组在造模后 72 h 进行干预, 观察各组大鼠造模后第 7 日存活率, 对存活大鼠进行腹主动脉取血, 测定血清 TNF- α 、IL-10 及 cTnT 水平, 处死大鼠后采集心肌组织, 应用 TUNEL 法进行心肌细胞凋亡检测。**结果** 经四逆汤干预治疗后, 模型组与四逆汤高、低剂量治疗组第 7 日存活率差异无显著意义 ($P>0.05$), 但治疗组大鼠血清 TNF- α 、IL-10 及 cTnT 较正常对照组出现不同程度下降。四逆汤高、低剂量治疗组心肌细胞凋亡率较模型组明显下降 ($P<0.05$), 但高剂量组与低剂量组之间心肌细胞凋亡率无显著差异 ($P>0.05$)。**结论** 四逆汤可减轻心肌细胞损伤, 延缓心肌细胞凋亡, 其机制可能与改善脓毒症晚期大鼠免疫功能状态, 抑制炎症介质的释放有关。

【关键词】 脓毒症 心肌功能障碍 心肌凋亡 四逆汤

Protection Effects of Sini Decoction on Cardiac Myocytes in Middle-late Stage of Sepsis Rats HAN Yun, XIE Dongping, LAI Fang, et al. Fangcun Branch Hospital, Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine, Guangdong, Guangzhou 510145, China

【Abstract】Objective: To observe effects of Sini Decoction on cardiac myocytes in middle-late stage of sepsis rats. **Methods:** 70 male SPF rats were randomly distributed into control group (10 rats), sepsis model group (20 rats), low-dose Sini Decoction treatment group (20 rats) and high-dose Sini Decoction treatment group (20 rats). Sepsis model of rats was induced by the method of cecal ligation and puncture (CLP), and treatments were administered 72 h post-CLP. Survival rates on the 7th day post-CLP were observed. Blood samples were collected from abdominal aortas for testing the level of TNF- α , IL-10 and cTnT. Cardiac myocytes apoptotic cells were detected by TUNEL. **Results:** The differences in the 7th day survival rates between sepsis model group, low-dose Sini Decoction treatment group and high-dose Sini Decoction treatment group were not significant. Significant declines were detected in TNF- α , IL-10 and cTnT level after Sini Decoction treatment (both low and high dose). There were significant declines in both high and low dose Sini Decoction treatment groups comparing with the sepsis model group on the apoptotic rates of cardiac myocytes, but there was no significant difference when comparing between the high and low dose Sini Decoction treatment groups. **Conclusion:** Sini Decoction might reduce myocardial injury and delay apoptosis of cardiac myocytes in middle-late stage of sepsis rats through improving immune function and suppressing the release of inflammatory mediators.

【Key words】 Sepsis; Cardiac myocytes dysfunction; Cardiac myocytes apoptosis; Sini Decoction

脓毒症性心肌功能障碍 (SIMD) 是脓毒症性休克持续难以纠正, 并导致患者最终死亡的重要原因^[1]。目前对于脓毒症性心肌功能障碍机制尚未完全明确, 国外研究显示脓毒症能诱导大鼠心肌细胞凋亡, 早期 (1~3 d) 即开始出现心肌细胞损伤, 而且该效应在脓毒

症中、晚期 (3~7 d) 更加明显, 其机制可能与肿瘤坏死因子 (TNF- α) 等炎症介质启动内、外源性细胞凋亡通路有关^[2]。四逆汤是中医治疗阳虚外脱证的代表方, 具有强心、抗休克、改善心肌缺血等多种药理作用, 既往的研究发现四逆汤能够有效改善缺血再灌注引起的心肌凋亡, 抑制内毒素引起的炎症介质过度释放^[3-5]。本研究拟建立 SIMD 大鼠模型, 观察四逆汤对 SIMD 大鼠模型的影响, 并重点从炎症介质、心肌凋亡角度探讨

* 基金项目: 广东省自然科学基金资助项目 (9151040701000046); 广东省科技计划项目 (2011B031700033)

其可能的细胞分子机制,为进一步开发四逆汤,应用四逆汤类方干预脓毒症性休克、SIMD 提供理论依据。

1 材料与方法

1.1 实验动物与试剂 SPF 级 SD 雄性大鼠 70 只,体重(350±30) g,由广东省动物实验中心提供,合格证号为 0068998 和 0072254。四逆汤煎剂由熟附子、干姜、炙甘草按照 3:2:2 的比例浓煎成含原生药 1 g/mL,过滤除菌分装-20℃保存备用。主要试剂:大鼠 TNF-α ELISA 检测试剂盒(武汉博士德公司,产品编号:EK0418);大鼠白介素 10 (IL-10)ELISA 检测试剂盒(武汉华美公司,产品编号:CSB-E07972r);大鼠心肌钙蛋白 T (cTnT)ELISA 检测试剂盒(武汉华美公司,产品编号:CSB-E11305r);TUNEL 试剂盒:(In Situ Cell Death Detection Kit, POD (Cat. No.11684817910, ROCHE 公司)。

1.2 分组与给药 按随机数字表法随机将实验动物分为 4 组:正常对照组、脓毒症模型组、四逆汤低剂量治疗组、四逆汤高剂量治疗组。正常空白组 10 只,其余每组 20 只。四逆汤组自造模 72 h 后开始给药干预,低剂量组按原生药 3 g/d 予四逆汤灌胃;高剂量组则按原生药 6 g/d 给药。正常对照组及模型组则每日灌服 3 mL 生理盐水。

1.3 模型制备 参考文献[6]采用 CLP 造模。大鼠适应环境 1 周,术前禁食 12 h;以 10%水合氯醛(0.3 mL/100 g)经腹腔注射麻醉后,沿腹前正中切口开 2 cm,游离肠系膜和盲肠,以 3-1 丝线环形结扎盲肠根部,结扎完毕保证肠道通畅后,在盲肠肠壁上穿刺 2 下,造成 2 个瘘口,轻轻挤压肠管使粪便自穿刺口溢出,还纳肠管,逐层缝合关腹。术毕腹壁皮下注射生理盐水 3 mL/100 g。术后自由进水进食。

1.4 标本采集及检测 造模后第 7 日对所有存活大鼠予 10%水合氯醛(0.3 mL/100 g)腹腔注射进行麻醉,经腹主动脉采血,按照 cTnT、TNF-α 以及 IL-10 ELISA 检测试剂盒说明书方法对以上指标进行检测;处死大鼠后采集左心室心肌组织,按照 TUNEL 试剂盒说明书方法进行细胞凋亡检测。

1.5 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,计量资料组间比较采用 *t* 检验,方差不齐者采用秩和检验;计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 生存分析 模型组第 7 日存活大鼠 6 只,存活率为 30%;四逆汤低剂量组第 7 日存活大鼠 10 只,存活率为 50%;四逆汤高剂量组第 7 日存活大鼠 11 只,存活率为 55%。四逆汤两组分别与模型组比较,存活率差异无统计学意义($P > 0.05$);A、B 两组间比较,各组

大鼠存活率差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 四逆汤对脓毒症中晚期大鼠血 cTnT、TNF-α、IL-10 水平的影响 见表 1。模型组,四逆汤高、低剂量组大鼠血清 cTnT、TNF-α、IL-10 明显高于正常对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。与模型组相比,四逆汤组大鼠血 cTnT、TNF-α、IL-10 水平有明显下降($P < 0.05$),但四逆汤两组间 cTnT、TNF-α、IL-10 水平差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 各组大鼠血清 cTnT、TNF-α 和 IL-10 水平比较 (pg/mL, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	cTnT	TNF-α	IL-10
正常对照组	10	722.27±426.66	652.68±208.35	153.5±59.58
模型组	6	4678.05±1391.71*	2080.79±338.75*	707.17±94.41*
四逆汤高剂量组	10	1397.48±519.78* [△]	1053.85±191.32* [△]	267.5±76.41* [△]
四逆汤低剂量组	11	1161.17±393.74* [△]	997.51±205.40* [△]	251.66±101.31* [△]

与正常对照组比较,* $P < 0.05$;与模型组比较,[△] $P < 0.05$ 。下同。

2.3 四逆汤对脓毒症中晚期大鼠心肌细胞凋亡的影响 见表 2 和图 1。模型组、四逆汤两组大鼠心肌细胞凋亡率明显高于正常对照组($P < 0.05$);经四逆汤干预后,四逆汤两组心肌细胞凋亡率较模型组有明显下降($P < 0.05$),但四逆汤两组间心肌细胞凋亡率差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 各组大鼠心肌细胞凋亡率比较(%)

组别	n	心肌细胞凋亡率
正常对照组	10	3.11±1.24
模型组	6	28.48±2.99*
四逆汤低剂量组	10	9.12±1.82* [△]
四逆汤高剂量组	11	7.85±3.07* [△]

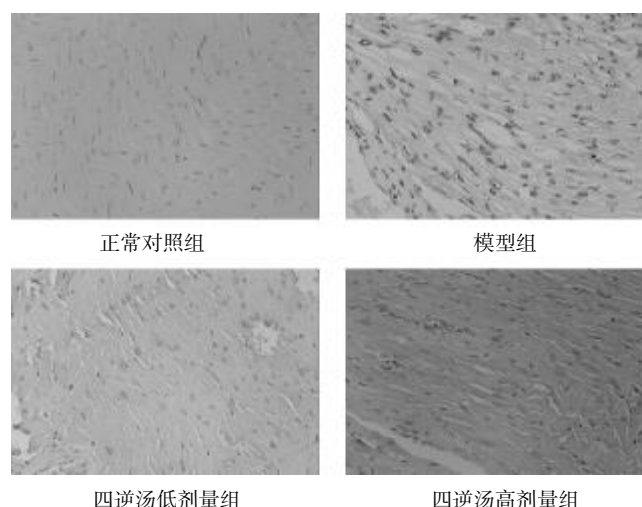


图 1 TUNEL 检测脓毒症大鼠心肌细胞凋亡(400 倍)

3 讨论

脓毒症性休克发展迅速,预后极差,而脓毒症性心

肌功能障碍是导致脓毒症性休克患者死亡的重要原因^[1]。国外研究指出脓毒症大鼠普遍存在心肌功能障碍的情况,尤其是晚期脓毒症大鼠心肌功能障碍更加明显^[7]。国内学者研究指出脓毒症大鼠早期开始出现心肌损伤,到 72 h 左右心肌损害标志物水平达到高峰^[8]。以上文献结果均提示心肌细胞的凋亡有可能是脓毒症大鼠中、晚期出现心肌功能障碍的重要原因。故本研究采用中、晚期(3~7 d)作为干预时点进行疗效评价。

CLP 方法为复制脓毒症模型的经典方法。本研究所制备 CLP 模型各组 3 天死亡率均接近 50%,与文献^[7]所显示死亡率相接近,且目前文献所显示的心肌损伤高特异性指标如 CTnT^[9]以及直接反应心肌损伤程度的心肌细胞凋亡率均在造模后较空白对照组明显升高($P < 0.05$),与张东等^[10]近期就脓毒症肌钙蛋白变化结果相接近,以上均提示采用 CLP 造模后大鼠存在明显的心肌损伤,符合本研究的要求,故该脓毒症模型可用于脓毒症心肌保护的研究。

脓毒症早期属于中医学“毒热证”、“肺热病”等范畴,病理机制以实证、热证为主;而当疾病继续发展其病机逐渐由“闭”向“脱”方向发展,后期一般都表现出阳气虚衰、心阳不振的证候特点,故晚期脓毒症多归于“脱证”范畴。四逆汤是治疗一切阳气虚衰证的代表方,符合脓毒症中、晚期的辨证施治原则。目前国内文献提示四逆汤在抗缺血再灌注损伤引起心肌损伤方面有较显著的疗效^[3-4],且还对二次打击所造成的 MODS 大鼠具有免疫调节以及抗氧化作用^[11],故使用四逆汤对中老年脓毒症进行干预符合现代医学病理生理学观点。本研究结果显示经过四逆汤干预后,高、低剂量治疗组 cTnT 水平以及心肌细胞凋亡率均较模型组明显下降,说明四逆汤能减轻中晚期脓毒症心肌损伤。

对于 SIMD,目前基础研究认为其可能机制主要为各种因素导致心肌细胞功能性抑制和心肌细胞实质性损害^[7,12]。而且肿瘤坏死因子、一氧化氮等炎症介质的启动内、外源性心肌细胞凋亡通路加快细胞凋亡的学说逐渐被基础研究所验证^[2]。故在现有研究指导下学者们逐渐把抑制炎症介质、延缓心肌细胞凋亡作为保护脓毒症心肌功能障碍的重点研究方向。现有研究指出 TNF- α 是脓毒症发展过程中的中心介质之一,可通过多种机制造成心肌损伤^[13]。而 IL-10 是人类最强的抗炎介质,研究显示严重脓毒症 IL-10 水平与其病情相平行^[14],说明脓毒症晚期存在严重免疫功能紊乱状态,促炎、抗炎介质大量释放。本实验结果显示模型组血清 TNF- α 和 IL-10 均较正常组明显升高,进一步验证前面文献所指出的免疫紊乱状态的观点。经四逆汤干预后 TNF- α 、IL-10 均出现显著性下降。说明四逆汤在平衡中晚期脓毒症大鼠炎症、抗炎反应,纠正免疫功能紊乱方面起到一定的作用。

综上所述,本研究在 CLP 脓毒症大鼠模型上观察到中晚期脓毒症大鼠存在严重的免疫功能紊乱以及明显的心肌损伤和心肌细胞凋亡加速。经过四逆汤干预后大鼠促炎、抗炎反应均出现不同程度的减退,而且心肌损伤程度下降、心肌细胞凋亡延缓。故四逆汤具有减轻心肌细胞损伤,延缓心肌细胞凋亡的作用,其机制有可能与其纠正中晚期脓毒症大鼠免疫功能紊乱有关。

参 考 文 献

- [1] Levy RJ, Deutschman CS. Evaluating myocardial depression in sepsis[J]. Shock, 2004, 22: 1-10.
- [2] Avadhesh C. Sharma. sepsis-induced myocardial dysfunction[J]. Shock, 2007, 28(3): 265-269.
- [3] 刘颖, 吴伟康, 陈晨, 等. 四逆汤预防性给药抗心肌细胞凋亡的作用机制探讨[J]. 中国中药杂志, 2006, 31(15): 1269-1272.
- [4] 刘颖, 陈晨, 吴伟康, 等. 四逆汤诱导延迟预适应抗心肌缺血再灌注后心肌细胞凋亡的机制探讨[J]. 中药材, 2006, 29(4): 345-348.
- [5] 葛迎春, 刘平, 马天舒, 等. 四逆汤类方提取物对内毒素血症大鼠血浆中 PGI₂、Ag II、IL-2 和 TNF 含量的影响[J]. 中华现代中西医杂志, 2004, 2(5): 385-387.
- [6] Villar J, Ribeiro SP, Mullen JB, et al. Induction of the heat shock response reduces mortality rate and organ damage in a sepsis induced acute lung injury model[J]. Crit Care Med, 1994, 22(6): 914-921.
- [7] Mani Chopra, Avadhesh C, Sharma. Distinct cardiodynamic and molecular characteristics during early and late stages of sepsis-induced myocardial dysfunction[J]. Life Sciences, 2007, 81: 306-316.
- [8] 庄海舟, 张淑文. 中药 912 液对脓毒症大鼠心肌损伤保护的实验研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2008, 15(1): 16-19.
- [9] Mehta NJ, Khan IA, Gupat V, et al. Cardiac troponin I predicts myo-cardial dysfunction and adverse outcome in septic shock[J]. Int J Cardiol, 2004, 95(1): 13-17.
- [10] 张东, 李洪祥. 严重脓毒症和脓毒症休克患者心肌肌钙蛋白 I 的变化及临床意义[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(1): 49-51.
- [11] 刘筱嵩, 曾萍. 四逆汤对多器官功能障碍综合征大鼠炎症介质和氧化应激的影响[J]. 华中科技大学学报, 2009, 8(38): 486-490.
- [12] Court O, Kumar A, Parrillo JE, et al. Myocardial depression in sepsis and septic shock[J]. Crit Care, 2002, 6: 500-507.
- [13] Prabhu SD. Cytokine-induced modulation of cardiac function[J]. Circ Res, 2004, 95(12): 1140-1153.
- [14] Gogos CA, Drosos E, Bassaris HP, et al. Pro-versus anti-inflammatory cytokine profile in patients with severe sepsis: A marker for prognosis and future therapeutic options[J]. J Infect Dis, 2000, 181: 176-180.

(收稿日期 2014-10-13)

郁金提取物对 CCI 模型大鼠痛觉行为及 BDNF 表达的影响*

厉 飞¹ 裘 涛² 胡娅娜³ 陶水良^{4△}

(1.浙江中医药大学,浙江 杭州 310053;2.浙江中医药大学附属第一医院,浙江 杭州 310006;
3.浙江省金华市中医院,浙江 金华 321017;4.浙江中医药大学基础医学院,浙江 杭州 310053)

中图分类号:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)01-0030-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.010

【摘要】目的 探讨郁金提取物对神经病理性疼痛模型(CCI)大鼠痛觉行为及脑源性神经营养因子(BDNF)表达的影响。**方法** 建立 CCI 大鼠模型,将 SD 大鼠分为正常组、模型组、郁金提取物低、中、高剂量组,加巴喷汀组和溶剂组,对各组大鼠进行机械缩足阈值(PMWT)测定,用 ELISA 法测定大鼠血清中 BDNF 的表达。**结果** (1)与正常组相比,造模后大鼠 PMWT 显著下降($P<0.05$),说明神经病理性模型造模成功;与溶剂组相比,郁金提取物高剂量组和加巴喷汀组显著上调 CCI 模型大鼠 PMWT($P<0.05$)。(2)造模后大鼠血液内 BDNF 表达均较正常组显著增加($P<0.05$);与溶剂组相比,郁金提取物中、高剂量组和加巴喷汀组能显著降低血液中 BDNF 的表达($P<0.05$)。郁金提取物高剂量组、加巴喷汀组和正常组 BDNF 表达无显著差异。**结论** 郁金提取物可能通过降低 CCI 模型大鼠血清 BDNF 的表达而发挥抗神经病理性疼痛的作用。

【关键词】 郁金提取物 神经病理性疼痛 BDNF

Effect of Turmeric Extraction in Attenuation of Pain Behavior and BDNF Expression with CCI Rats LI Fei¹, QIU Tao², HU Yana³, et al. 1 Zhejiang Chinese Medical University, Zhejiang, Hangzhou 310053, China; 2 The First Hospital Affiliated to Zhejiang Chinese Medical University, Zhejiang, Hangzhou 310006, China; 3 Jinhua Hospital of TCM, Zhejiang Province, Zhejiang, Jinhua 321017, China

【Abstract】Objective: To investigate the effect of turmeric extraction on pain behavior and the BDNF expression in neuropathic pain model(CCI) rats. **Methods:** 36 SD rats were divided into normal group, model group, turmeric extract low, medium and high dose groups, gabapentin group and solvent group. Each rat was tested with PMWT, and BDNF expression in rats' serums were detected by ELISA. **Results:** (1) Compared with the normal group, the thresholds of PMWT were significantly decreased after the establishment of CCI model($P<0.05$), which indicated the successful establishment of CCI rats model. Compared with the solvent group, PMWT thresholds were significantly upregulated in turmeric extract high dose group and gabapentin group ($P<0.05$). (2) Compared with the normal group, BDNF expression were extraordinarily increased after the establishment of CCI model ($P<0.05$). Compared with the solvent group, the expressions of BDNF in serum in turmeric extract medium, high dose group and gabapentin group were significantly reduced ($P<0.05$). Turmeric extraction high-dose group, gabapentin group and the normal group had no significant difference in BDNF expression. **Conclusion:** Turmeric extraction can attenuation neuropathic pain by reducing serum BDNF expression in CCI rat model.

【Key words】 Turmeric extraction; Neuropathic pain; BDNF

神经病理性疼痛(NP)是一种由于损伤或疾病侵袭到中枢神经系统或躯体感觉系统后引起的慢性疼痛。如带状疱疹后神经痛、糖尿病神经系统病变、幻肢痛和残肢痛等。患者常有自发性疼痛、触诱发痛、痛觉过敏等症,亦可伴有焦虑、抑郁等精神症状,目前针对

NP的发病机制尚未明确,传统用药疗效不佳^[1-2]。越来越多的研究显示脊髓背角的小胶质细胞-神经元信号网络在神经病理性疼痛的发生和维持中具有重要作用^[3],当外周神经损伤后,小胶质细胞上的离子型嘌呤受体 P2X4 大量表达,通过钙离子和 p38 MAPK 的激活引起脑源性神经营养因子(BDNF)释放,最终导致 NP^[4-5]。本文将进一步探讨郁金提取物对大鼠神经功能及 BDNF 表达的影响。

* 基金项目:浙江省中医药管理局科研课题(2013ZB031)

△通信作者(电子邮箱:lanethtao@163.com)

1 材料与方法

1.1 动物实验 健康雄性清洁级 SD 大鼠 36 只, 体重 250~294 g, 由浙江中医药大学动物实验中心提供。保证 12 h 明暗交替光照, 自由饮食和饮水, 适应环境 1 周后, 随机分为正常组、模型组、郁金提取物低、中、高组、加巴喷丁组、溶剂组, 每组 4 只。

1.2 药物 郁金提取物(含 β -榄香烯 >80.0%); 浙江中医药大学药学院谷满仓老师提供^[6]; 加巴喷丁: 江苏恒瑞医药股份有限公司, 国药准字 H20030662; 无水乙醇: 永华化学科技(江苏)有限公司, 批号 20130921; DMSO: 美国 AMRESCO 公司; Tween-80: 北京索莱宝科技有限公司; 10% 水合氯醛: 浙江省中医院自制。

1.3 仪器与试剂 电子天平: 奥豪斯中国地区; 机械测痛仪: Ugo Basil Biological Research Apparatus, Comerio (va) Italy; 大鼠脑源性神经营养因子 ELISA 检测试剂盒(CK-E30666R)。

1.4 模型制备 根据 Bennett-Xie 建立 CCI 模型^[7], 大鼠禁食 12 h 后, 予 10% 水合氯醛(0.3 mL/100 g)腹腔注射麻醉后, 消毒大鼠的右下肢, 备皮后于股后暴露右侧坐骨神经主干, 在接近其分叉之前用 4 根 320 的铬制羊肠线间隔 1 mm 进行松结扎, 要求不阻断神经血供, 然后逐层缝合切口。术后每只予青霉素 4 万 U 腹腔注射(80 万 U 青霉素溶于 2 mL 0.9% 氯化钠注射液), 连用 3 d 抗感染。术后将大鼠放入底部铺有软锯屑垫料的塑料盒中, 予安静、温暖、避强光环境自由喂养。

1.5 给药方法 造模后, 郁金提取物低、中、高剂量组分别给予郁金提取物 60、120、180 mg/kg^[8], 加巴喷丁组给予加巴喷丁 100 mg/kg, 溶剂组给予溶剂, 其配置方法为 DMSO 1.5 g 与无水乙醇 1.5 g 混合均匀后加 Tween-80 4.5 g 充分溶解, 临用前用纯净水稀释至 45 mL。用药各组在造模后第 1 日起按各组药物 0.2 mL/100 mg 灌胃给药, 每日 1 次, 连续给药 14 d。正常组和模型组造模后均予正常喂养, 不予任何药物干预。

1.6 机械缩足阈值(PMWT)测定 正常组、模型组于术后第 3、7、14 日, 各给药组在给药第 14 日测定, 测定时间为 8:00~14:00。大鼠于机械测痛仪的有机玻璃箱中(22 cm×12 cm×22 cm), 底为 0.5 cm×0.5 cm 孔径的铁丝网, 实验之前适应 15 min, 以不同折力的 Von Frey 细丝垂直刺激大鼠右足足底, 观察缩足反应, 大鼠在折力达到一定值时, 足底移开 Von Frey 针出现快速的缩足反应, 此时的折力记录为 PMWT, 每只大鼠每次测量 5 次, 每次测量间隔 5 min, 最大值为 50 g, 去掉 1 个最高值及 1 个最低值, 取平均值即为其 PMWT。

1.7 ELISA 分析 正常组、模型组于术后第 3、7、14 日, 各给药组在给药第 14 日予 10% 水合氯醛(0.3 mL/100 g)腹腔注射麻醉后, 腹主动脉取血, 按步骤进行

ELISA 分析 BDNF 含量。

1.8 统计学处理 应用 SPSS13.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示。各组用重复测量或单因素方差分析, 多重比较采用 LSD(方差齐时)或 Tamhane's T^2 (方差不齐时)法。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组大鼠机械痛行为学比较 见表 1。与正常对照组比较, 造模后大鼠 PMWT 值均显著降低 ($P < 0.01$), 提示造模成功, 且随着造模后时间增加 PMWT 值呈下降趋势, 说明造模 14 d 内机械痛域进行性降低; 与模型组、郁金提取物低剂量组、郁金提取物中剂量组、溶剂组比较, 郁金提取物高剂量组和加巴喷丁组 PMWT 值显著增高 ($P < 0.05$)。

表 1 各组大鼠神经行为学比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	机械缩足阈值
正常组	4	33.33±3.21
模型组	4	12.35±1.78*
郁金提取物低剂量组	4	13.53±2.62 [△]
郁金提取物中剂量组	4	13.69±2.60 [△]
郁金提取物高剂量组	4	19.11±2.55
加巴喷丁组	4	15.63±4.69
溶剂组	4	13.01±1.78 [△]

与正常组比较, * $P < 0.01$; 与郁金提取物高剂量组、加巴喷丁组比较, [△] $P < 0.05$ 。下同。

2.2 郁金提取物对神经病理性疼痛大鼠模型血清 BDNF 表达的影响 见表 2。与正常组相比, 造模后大鼠血液内 BDNF 表达显著增加 ($P < 0.01$)。与溶剂组相比, 郁金提取物中、高剂量组和加巴喷丁组能显著降低血液中 BDNF 的表达 ($P < 0.05$)。郁金提取物高剂量组、加巴喷丁组和正常组比较 BDNF 表达无显著差异。

表 2 各组大鼠血液 BDNF 表达比较(pg/mL, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	BDNF
正常组	4	358.53±37.37
模型组	4	634.78±67.53*
郁金提取物低剂量组	4	520.75±27.57*
郁金提取物中剂量组	4	449.28±22.00* [▲]
郁金提取物高剂量组	4	412.33±26.15 [▲]
加巴喷丁组	4	391.46±36.75 [▲]
溶剂组	4	468.55±26.41*

与溶剂组比较, [▲] $P < 0.05$ 。下同。

3 讨论

慢性神经结扎性损伤(CCI)是目前使用最广泛的神经病理性疼痛模型之一, 其通过结扎坐骨神经来模拟神经病理性疼痛的症状, 具有高度的重复性。本实验

建模后出现大鼠右侧后足舔爪、跛行,安静状态下足趾并拢并保持防御姿势等现象,以上均提示建模成功。本实验结果显示 CCI 组大鼠术后各观察点 PMWT 值较正常组均显著降低,提示坐骨神经结扎后大鼠出现机械痛觉过敏。与模型组,郁金提取物低、中剂量组,溶剂组相比,郁金提取物高剂量及加巴喷丁组大鼠 PMWT 值明显升高,提示两者均具有一定的镇痛作用。

BDNF 是一种神经营养因子,在神经元的生成、分化中有着重要的作用,同时也是神经活动和突触可塑性的重要调节因子^[9],近年来研究显示其在神经病理性疼痛方面 also 具有重要意义^[10]。外周或中枢神经损伤后,在 CCL₂^[11]、CCL₂₁^[12]及 INF- γ 等的作用下,小胶质细胞上的 P2X₄ 受体大量表达,通过钙离子内流和 p38 MAPK 的活化引起 BDNF、细胞因子和炎症趋化因子等大量释放,BDNF 既可以作用于神经元,增强突触前初级传入神经末梢伤害性神经递质的释放以及突触后痛觉传递神经元的敏感性和反应性,亦可进一步活化胶质细胞释放更加多的细胞因子,形成正反馈效应,从而引发持续性的神经病理性疼痛。Ferrini F 等^[13]通过研究显示,产生于小胶质细胞的 BDNF 通过与神经元 TrkB 的结合影响 K⁺-Cl⁻协同转运蛋白 2 的(KCC2)功能,从而降低神经细胞中的 Cl⁻浓度,最终减弱 GABAAR/GlyR 的抑制作用,导致触诱发痛等神经病理性疼痛的产生。

本实验结果显示,与正常组相比,造模后第 3、7、14 日大鼠血液内 BDNF 表达均显著增加($P < 0.01$),说明坐骨神经损伤可导致 BDNF 大量释放。与溶剂组相比,郁金提取物组和加巴喷丁组能显著降低血液中 BDNF 的表达($P < 0.05$),并且提高大鼠的机械缩足阈值,同时实验结果提示正常组、郁金提取物高剂量组和加巴喷丁组大鼠血液中 BDNF 表达无显著差异,说明郁金提取物可能通过调节 CCI 模型大鼠血清 BDNF 至正常水平而达到抗神经病理性疼痛的作用。Chen HS 等^[14]也通过研究显示,鞘内注射 BDNF 抗体能显著改善脊神经前根横断导致的机械痛超敏,并呈现剂量依赖性。而 Constandil L 等^[15]研究提示鞘内注射 0.003 ng 的 BDNF 就能显著降低正常小鼠的疼痛阈值,但不呈剂量依赖性,即随着 BDNF 注射剂量的增加,疼痛阈值下降程度及疼痛持续时间并不相应增加。综上所述,本研究通过观察郁金提取物对 CCI 疼痛模型中大鼠 PMWT 阈值和 BDNF 表达的影响,证实郁金提取物可以抑制 CCI 模型大鼠 BDNF 的释放,提高 PMWT 阈值,从而缓解神经病理性疼痛,为临床治疗神经病理性疼痛提供了新的靶点。

参 考 文 献

- [1] Vranken JH. Elucidation of pathophysiology and treatment of neuropathic pain[J]. *Cent Nerv Syst Agents Med Chem*, 2012, 12(4):304-314.
- [2] Siniscalco D, Giordano C, Rossi F, et al. Role of neurotrophins in neuropathic pain. Role of neurotrophins in neuropathic pain[J]. *Curr Neuropharmacol*, 2011, 9(4):523-529.
- [3] Beggs S, Salter MW. The known knowns of microglia-neuronal signalling in neuropathic pain[J]. *Neurosci Lett*, 2013, 17(557):37-42.
- [4] Toulme E, Khakh BS. Imaging P2X₄ receptor lateral mobility in microglia: regulation by calcium and p38 MAPK[J]. *J Biol Chem*, 2012, 287(18):14734-14748.
- [5] Trang T, Beggs S, Salter MW. Brain-derived neurotrophic factor from microglia: a molecular substrate for neuropathic pain[J]. *Neuron Glia Biol*, 2011, 7(1):99-108.
- [6] WU Lin hua, DU Xia, LIU Hong mei. β -Elemene from volatile oil of *Curcuma kwangsiensis* by supercritical fluid extraction[J]. *Chinese Traditional and Herbal Drugs*, 2006, 37(3):360-370.
- [7] Bennett GJ, Xie YK. A peripheral mononeuropathy in rat that produces disorders of pain sensation like those seen in man[J]. *Pain*, 1988, 33(1):87-107.
- [8] 龚敏操, 许俊杰, 陈眉. 郁金提取物对小鼠的镇痛作用[J]. *浙江中医药大学学报*, 2010, 34(2):266-269.
- [9] Santos AR, Comprido D, Duarte CB. Regulation of local translation at the synapse by BDNF[J]. *Prog Neurobiol*, 2010, 92(4):505-516.
- [10] Obata K, Noguchi K. BDNF in sensory neurons and chronic pain[J]. *Neurosci Res*, 2006, 55(1):1-10.
- [11] Toyomitsu E, Tsuda M, Yamashita T, et al. CCL₂ promotes P2X₄ receptor trafficking to the cell surface of microglia[J]. *Purinergic Signal*, 2012, 8(2):301-310.
- [12] Biber K, Tsuda M, Tozaki-Saitoh H, et al. Neuronal CCL21 up-regulates microglia P2X₄ expression and initiates neuropathic pain development[J]. *EMBO J*, 2011, 30(9):1864-1873.
- [13] Ferrini F, De Koninck Y. Microglia control neuronal network excitability via BDNF signalling[J]. *Neural Plast*, 2013, 2013:429815.
- [14] Chen HS, Zhou ZH, Li M, et al. Contribution of brain-derived neurotrophic factor to mechanical hyperalgesia induced by ventral root transection in rats[J]. *Neuroreport*, 2013, 24(4):167-170.
- [15] Constandil L, Aguilera R, Goich M, et al. Involvement of spinal cord BDNF in the generation and maintenance of chronic neuropathic pain in rats[J]. *Brain Res Bull*, 2011, 86(5-6):454-459.

(收稿日期 2014-10-14)

· 研究报告 ·

三七总皂苷早期使用对脑出血大鼠炎症反应影响的基础研究*

沈 琼 朱 琰 朱旭莹

(上海市中医药大学附属曙光医院, 上海 200335)

中图分类号: R285.5 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0033-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.011

【摘要】目的 观察研究早期使用三七总皂苷对脑出血大鼠的神经功能缺损状况以及炎症反应递质的影响。**方法** 将雄性 SD 大鼠随机分成假手术组、模型组、三七总皂苷组, 采用胶原酶注射尾状核法制作脑出血模型, 观察大鼠脑出血死亡率、神经功能缺损情况以及血肿周围白介素(IL)-6 和基质金属蛋白酶(MMP)-9 的表达水平。**结果** 3 组大鼠在造模的过程中, 均有死亡病例发生。其中, 假手术组脑出血死亡率(脑出血死亡数/总死亡数)低于模型组和三七总皂苷组(均 $P < 0.05$), 而模型组和三七总皂苷组脑出血死亡率差异不大($P > 0.05$)。术后 24 h 和术后第 7 日, 模型组和三七总皂苷组的神经功能缺损评分均高于假手术组($P < 0.05$)。术后 24 h 比较, 模型组和三七总皂苷组神经功能缺损评分无明显差异($P > 0.05$)。术后第 7 日比较, 三七总皂苷组的神经功能评分及其降低的分值均明显优于模型组($P < 0.05$)。术后 48 h, 模型组以及三七总皂苷组血肿周围的 IL-6 和 MMP-9 的积分光密度均明显高于假手术组(均 $P < 0.05$)。而模型组与三七总皂苷组比较, 血肿周围的 IL-6 和 MMP-9 的积分光密度差别不大(均 $P > 0.05$)。术后第 7 日, IL-6、MMP-9 的积分光密度模型组与三七总皂苷组明显高于假手术组(均 $P < 0.05$), 且三七总皂苷组的积分光密度均低于模型组(均 $P < 0.05$)。3 组在术后第 7 日时, IL-6 的表达均较 48 h 增高(均 $P < 0.05$), 其中模型组升高最明显, 三七总皂苷组和假手术升高都相对较缓; 假手术组和三七总皂苷组在术后第 7 日时 MMP-9 的表达均较 48 h 降低(均 $P < 0.05$), 而模型组较前升高 ($P < 0.05$)。**结论** 三七总皂苷可以减轻大鼠神经功能缺损, 抑制炎症因子 IL-6、MMP-9 的释放, 且用药安全。

【关键词】 脑出血大鼠 炎症反应 三七总皂苷

Early Application of Total Saponins of Panax in Rats with Cerebral Hemorrhage SHEN Qiong, ZHU Yan, ZHU Xuying. Shanghai Shuguang Hospital Affiliated with Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200335, China

【Abstract】Objective: To observe the PNS on improving neurological deficit and the effects of inflammatory mediators in rat brain hemorrhage and to provide a theoretical basis for the early application of cerebral hemorrhage. **Methods:** Male SD rats were randomly divided into sham operation group, model group, the group of PNS. Collagenase injections caudate nucleus produced cerebral hemorrhage model was bleeding mortality, neurological deficit, the hematoma around the rat brain expression of IL-6 and MMP-9. **Results:** In the first seven days after the PNS group of neurological score, lower scores were better than those in the untreated group, and the mortality associated with cerebral hemorrhage model group equal. Modeling, 48 hours and 7 days, the model group PNS group perihematoma IL-6, integrated optical density of MMP-9 were significantly higher significantly than those in the sham group ($P < 0.05$). Modeling 7 days later, the group of PNS integral optical density was lower remarkably than that in the model group ($P < 0.05$). **Conclusion:** PNS can reduce neurological deficits and inhibit IL-6, MMP-9 release.

【Key words】 Intracerebral hemorrhage in rats; Inflammatory response; PNS

脑出血 (ICH) 是一种常见危重疾病, 其发病急, 致残率和死亡率高, 需要紧急及时救治, 目前临床上尚缺乏针对性强且十分有效的治疗, 因此探索脑出血的

发病机制和新的治疗方法一直是医学研究热点之一。近年来研究表明, 脑出血的血肿周围普遍存在炎症反应, 其在脑出血的继发性损伤中有着非常重要的意义, 而在非出血性脑损伤中则无明显意义。中药三七中最重要的活性成分是皂苷^[1-2], 其对脑缺血以及脑出血后

* 基金项目: 上海市教委科研课题(szy10094)

遗症有确切临床疗效,可以明显减轻脑出血后继发性神经元损害^[3],明显保护脑神经。本实验研究早期使用三七总皂苷对脑出血大鼠的神经功能缺损状况以及炎症反应递质的影响,为在临床上治疗脑出血提供理论依据。现报告如下。

1 材料与方法

1.1 动物及分组 选取 48 只健康清洁级雄性 SD 大鼠体质量(285±25) g,随机分成假手术组、模型组、三七总皂苷组,每组 16 只。

1.2 造模与给药 模型组、三七总皂苷组大鼠 10%水合氯醛(0.4 mg/kg)行腹腔麻醉,消毒头背部皮肤,切开头部正中的皮肤,以暴露颅骨,依据《脑立体定位图谱》来确定右侧的尾状核作为注射点坐标:前凶前 0.1 mm,矢状缝向右旁开 4.0 mm,向下垂直进针 5.5 mm。将大鼠俯卧位固定于脑立体定位仪上,以固定于立体定位仪上的微量进样器,在 2 min 左右缓慢地注入 1 μL VII 型胶原酶(含有胶原酶 1U),留针 7 min,缓慢拔针,用少量的庆大霉素防止感染,缝合切口。假手术组大鼠仅注入同等量生理盐水,其余手术过程同上。造模成功后,三七总皂苷组给予三七总皂苷注射液(商品名血栓通,由广西梧州制药股份有限公司生产)72 mg/kg(10 mg/mL),模型组和假手术组给予生理盐水 7.2 mL/kg,每日 1 次,共 7 d。

1.3 观察指标 (1)动物行为测试:分别在术后 24 h、第 7 日对各组大鼠进行行为、神经体征观察,神经功能缺损评分按照 Zea Longa 神经功能标准进行,0 分:无任何神经功能缺损症状。1 分:对侧的前爪或者是后爪不能完全地伸展。2 分:若大鼠在行走的时候,向手术对侧转圈。3 分:若大鼠在行走的时候,身体向手术对侧倾倒。4 分:自己不能行走,并且意识丧失。(2)免疫组化检测:采用 SP 法检测白介素(IL)-6、基质金属蛋白酶(MMP)-9。

1.4 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组大鼠死亡率比较 见表 1。3 组大鼠在造模的过程中,均有死亡病例发生,通过对其脑组织进行解剖,观察是否有血肿,可以把死亡原因分成脑出血死亡和非脑出血死亡两种。其中,假手术组脑出血死亡率

表 1 3 组大鼠死亡率的比较(%)

组别	n	死亡数	脑出血死亡数	非脑出血死亡数
假手术组	16	1(6.25)	0(0)	1
模型组	16	4(25.00)	1(25.00) [△]	3
三七总皂苷组	16	5(31.25)	2(40.00) [△]	3

与假手术组比较, [△] $P < 0.05$ 。

(脑出血死亡数/总死亡数)为 0,明显低于模型组和三七总皂苷组(均 $P < 0.05$),而模型组和三七总皂苷组脑出血死亡率差别不大($P > 0.05$)。

2.2 3 组大鼠神经功能缺损程度评分比较 见表 2。术后 24 h 和术后第 7 日,模型组和三七总皂苷组的神经功能缺损评分均高于假手术组($P < 0.05$)。术后 24 h 比较,模型组和三七总皂苷组神经功能缺损评分无明显差异($P > 0.05$)。术后第 7 日比较,三七总皂苷组的神经功能评分明显优于模型组($P < 0.05$)。

表 2 3 组大鼠神经功能缺损程度评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	术后 24 h	术后第 7 日	降低分值
假手术组	15	0	0	0
模型组	12	2.34±0.97*	2.19±0.61*	0.02±0.54*
三七总皂苷组	11	2.57±0.86*	1.25±0.54* [△]	1.30±0.57* [△]

与假手术组同期比较,* $P < 0.05$;与模型组同期比较,[△] $P < 0.05$ 。下同。

2.3 3 组大鼠 IL-6、MMP-9 免疫组织化学染色比较 见表 3。术后 48 h,模型组以及三七总皂苷组血肿周围的 IL-6 和 MMP-9 的积分光密度均明显高于假手术组(均 $P < 0.05$),而模型组与三七总皂苷组比较,血肿周围的 IL-6 和 MMP-9 的积分光密度差别不大(均 $P > 0.05$)。术后第 7 日,IL-6、MMP-9 的积分光密度模型组与三七总皂苷组明显高于假手术组(均 $P < 0.05$),且三七总皂苷组的积分光密度均低于模型组(均 $P < 0.05$)。3 组在术后第 7 日时,IL-6 的表达均较 48 h 增高(均 $P < 0.05$),其中模型组升高最明显,三七总皂苷组和假手术升高都相对较缓;假手术组和三七总皂苷组在术后第 7 日时 MMP-9 的表达均较 48 h 降低(均 $P < 0.05$),而模型组较前升高($P < 0.05$)。

表 3 3 组大鼠 IL-6 及 MMP-9 免疫组织化学染色比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	IL-6	MMP-9
假手术组	术后 48 h	132.5±80.62	247.9±127.34
(n=15)	术后第 7 日	477.1±224.90 [#]	197.5±127.66 [#]
模型组	术后 48 h	435.1±105.43*	526.7±193.29*
(n=12)	术后第 7 日	1218.2±378.35* [#]	820.3±382.21* [#]
三七总皂苷组	术后 48 h	452.3±116.76*	554.4±204.25*
(n=11)	术后第 7 日	736.2±184.68* ^{△#}	472.8±220.17* ^{△#}

与本组术后 48 h 比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

脑出血可属于中医学“脑卒中”范畴,急性期其以邪热、内风、痰浊、瘀血为主,最终导致脑络闭阻,血行不畅而成瘀,其本质为肝肾阴虚、气血虚弱。脑出血导致的血肿及周围水肿、血液循环障碍,与中医的瘀血是相同的,气血运行不畅,脑失所养。在临床治疗上应该

(下转第 46 页)

枸杞多糖对大鼠睾丸支持细胞体外增殖的影响*

南亚昀 李 阳 雍学芳 王礼星 吕金捍[△]

(宁夏回族自治区人民医院, 宁夏 银川 750002)

中图分类号: R285.5 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0035-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.012

【摘要】目的 观察枸杞多糖对体外培养的大鼠睾丸支持细胞的增殖作用。**方法** 选 8~9 d 龄的大鼠, 采用两步酶消化法获取原代大鼠睾丸支持细胞, 加入不同质量浓度的枸杞多糖, 采用 MTT 比色法、直接细胞计数及 CFSE 荧光标记, 检测不同质量浓度枸杞多糖对体外培养的大鼠睾丸支持细胞增殖的影响。**结果** 与对照组相比, 经枸杞多糖处理后的睾丸支持细胞数量明显增多, 并呈剂量依赖性。**结论** 枸杞多糖能够促进大鼠睾丸支持细胞体外增殖。

【关键词】 枸杞多糖 睾丸支持细胞 体外 细胞增殖

Effect of Lycium Bararum Polysaccharides on Rat Sertoli cells in Vitro NAN Yayun, LI Yang, YONG Xuefang, et al. Ningxia People's Hospital, Ningxia, Yinchuan 750002, China

【Abstract】Objective: To detect the effect of lycium barbarum polysaccharides (LBP) on the proliferation of sertoli cells (SCs) cultured in vitro. **Methods:** Primary SCs were separated from 8~9 days male mice by two-step enzyme digestion method. SCs were cultured with LBP at different concentrations in vitro. The quantity of live cells was determined by MTT assay, direct cell counting and fluorescence intensity methods. **Results:** Compared with the control group, cell viability was significantly promoted after treatment with LBP and the percentage of cell survival in a dose dependent manner. **Conclusion:** LBP promoted SCs proliferation both in concentration-effect manner in vitro.

【Key words】 Lycium barbarum polysaccharides; Sertoli cells; Vitro; Proliferation

枸杞子性平、味甘, 具有滋补肝肾、益精明目的功效, 现代临床广泛用于抗衰老、降血糖、保肝及提高机体免疫等多个方面。枸杞多糖是枸杞主要成分之一, 近年来对枸杞多糖的药理作用进行了广泛的研究, 证实其具有免疫调节^[1]、抗骨质疏松^[2]、抗肿瘤^[3]等功能。睾丸支持细胞(SCs)在曲细精管中, 各级生精细胞镶嵌在支持细胞上, SCs 为生精细胞提供支架。同时, SCs 能够分泌类固醇类、激素类、调节蛋白类、生长因子类、旁分泌因子、转运蛋白类等为生精细胞分化成熟提供稳定的环境及必须的能量物质, 保证精子正常有序的发生。因此, 笔者研究了枸杞多糖对大鼠 SCs 体外增殖的影响, 以期对枸杞多糖治疗生殖障碍提供理论依据。

1 材料与方法

1.1 材料 CFSE(日本同仁化学研究所)、Trypsinase、Trypan blue(碧云天生物试剂有限公司)、MTT、Collagenase IV Dimethyl sulfoxide(DMSO)、HEPES、BSA、Nitro Blue Tetrazolium(美国 Sigma 公司)、DMEM-F12

medium(Gibco Laboratories)、胎牛血清、青霉素和链霉素(美国 Hyclone 公司)、枸杞多糖(西安华萃生物科技有限公司)。SPF 级雄性 8~9 d SD 大鼠(由第四军医大学实验动物中心提供)。

1.2 原代 SCs 的分离及培养 用脱颈法处死大鼠后无菌收集双侧睾丸, 将睾丸放入盛有预冷 PBS 的培养皿中, 剥除脂肪垫、附睾及白膜, 将睾丸组织机械剪碎后采用两步酶消化法进行处理。将睾丸实质部分转入盛有 3 mL 0.25%胰酶的离心管内, 在 37℃孵箱中消化 15~20 min, 至生精小管分散呈云雾状后终止消化, 800×g 离心 5 min, D-hank's 液洗涤 2 次。在离心管中加入 3 倍于睾丸实质体积的 Collagenase IV (2 g/L), 在 37℃恒温振荡器中缓慢振荡消化 40 min, 至生精小管呈糊状后终止消化, 向离心管中加入含 10%胎牛血清的培养基 DMEM/F12, 吹打消化液, 使细胞充分分离, 200 目尼龙筛网过滤, 800 g 离心 5 min, 弃去上清, 以 D-hank's 液重悬细胞, 再以 800×g 离心 5 min 洗涤 2 次, 用 DMEM/F12 培养液接种至 25 mL 培养瓶。体外培养 4 h 后, 小心倾斜培养皿, 将未贴壁的精原细胞随培养液一同吸去, 加入含体积分数为 10%胎牛血清的

* 基金项目: 宁夏回族自治区自然科学基金资助项目(NZ13187)

[△]通信作者(电子邮箱: lvjhan_2014@yeah.com)

DMEM/F12 完全培养液, 37 ℃ 培养 36~48 h, 待 Sertoli 细胞伸出细胞突起, 加入 20 mmol/L Tris-HCl 低渗处理细胞 3 min, 用 Hanks's 液清洗 3 次, 加入 DMEM/F12 完全培养液继续培养。

1.3 实验分组 空白对照组: 细胞中只加入含 10% 胎牛血清的 DMEM/F12 培养液; 给药组: 25 μg/mL、50 μg/mL、100 μg/mL、200 μg/mL 共 5 组。

1.4 MTT 细胞计数 原代培养的 SCs 接种到 96 孔板中, 细胞密度调整为 1.0×10^4 /孔, 无血清培养 36 h, 加入 LBP, 使其终质量浓度分别为 25、50、100、200 μg/mL, 对照组每孔只加无血清培养基, 每孔液体量均为 200 μL, 置于饱和湿度、37 ℃、5% CO₂ 培养箱中继续培养 36 h 后终止培养, 弃去培养液, 每孔加入 5 mg/mL MTT 20 μL, 继续孵育 4 h, 去上清加 DMSO 150 μL/孔, 充分振荡 10 min, 待结晶充分溶解, 用酶标仪测定支持细胞 570 nm 波长的 OD 值。

1.5 直接细胞计数 将细胞以密度 4×10^4 接种于 48 孔板, 待细胞完全贴壁, 按照上述实验分组, 每组加入相应质量浓度的药物。36 h 后终止培养, 加入胰酶消化, 充分吹打细胞, 显微镜下观察无细胞残留在培养板内即可。细胞悬液吸出少许, 滴加在盖片边缘计数。细胞数计算公式: 细胞数/mL = 四大格细胞总数 $\times 4 \times 10^4$ 。

1.6 流式细胞术计数 将细胞接种于 6 孔板中, 每组设至少 3 个复孔。将细胞加入适量 PBS 洗 1 遍。加入胰酶于 37 ℃ 孵箱消化, 800 r/min 离心 5 min, 加入无 Ca²⁺和 Mg²⁺的 PBS 洗 1 遍, 弃去上清, 加入 1 mL 无 Ca²⁺和 Mg²⁺的 PBS 或无血清培养液, 重悬细胞, 在细胞中加入浓度为 5 μmol/L CFSE 工作液, 于 37 ℃ 孵育 10~30 min 后, 用 40% 体积的冷小牛血清立即终止标记 5~10 min 或加入含血清的培养基于冰上或 4 ℃ 终止消化, 800 r/min 离心 5 min, 洗涤两次后, 加入上述药物干预 36 h, 收取细胞至 1.5 mL 的 EP 管中, 于激发波长 500 nm, 发射波长 520 nm 处流式细胞仪检测荧光强度。

1.7 统计学处理 应用 SPSS13.0 统计软件。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 MTT 实验结果 见表 1。由表 1 可以看出, 随着枸杞多糖剂量的增加, 细胞的吸光度值相应的升高, 说明 SCs 随着枸杞多糖剂量的增加其增殖能力越强。当枸杞多糖质量浓度为 25 μg/mL 及 50 μg/mL 时, 与对照组相比无明显差异 (P > 0.05), 当增加至 100 μg/mL 以上时, 与对照组相比, 细胞增殖明显 (P < 0.05 或 P < 0.01)。

2.2 直接细胞计数的结果 见表 2。表 2 显示, 枸杞多糖对 SCs 体外增殖的影响与 MTT 检测结果一致, SCs

表 1 MTT 检测枸杞多糖对 SCs 增殖影响的结果 ($\bar{x} \pm s$)

组别	质量浓度 (μg/mL)	吸光度值
对照组	0	0.1868 ± 0.0078
给药组	25	0.2104 ± 0.0102
	50	0.2552 ± 0.0119
	100	0.0579 ± 0.0579*
	200	0.3424 ± 0.0218**

与对照组比较, *P < 0.05, **P < 0.01。下同。

的体外增殖枸杞多糖之间呈量效关系, 随着枸杞多糖剂量的增加 (除了 25 μg/mL 及 50 μg/mL 组), 枸杞多糖促进 SCs 增殖的作用更加明显 (P < 0.01)。

表 2 直接细胞计数检测枸杞多糖对 SCs 增殖影响的结果 ($\times 10^4$ /mL, $\bar{x} \pm s$)

组别	质量浓度 (μg/mL)	细胞数量
对照组	0	7.3516 ± 0.0809
给药组	25	8.2506 ± 1.0101
	50	10.7162 ± 2.5781
	100	14.7972 ± 1.2790**
	200	16.5831 ± 2.3140**

2.3 流式细胞仪检测结果 见表 3。随着枸杞多糖剂量的增加, 除了 25 μg/mL 及 50 μg/mL 组之外 (P > 0.05), 其余各组与对照组相比, SCs 增殖更加明显 (P < 0.05 或 P < 0.01), 枸杞多糖能够显著促进 SCs 的体外增殖, 与 MTT 及直接细胞计数的结果一致, 3 种实验方法互相补充, 互相印证, 更加证明了枸杞多糖促进 SCs 体外增殖的作用。

表 3 流式检测枸杞多糖剂量与 SCs 荧光强度关系的结果 ($\bar{x} \pm s$)

组别	质量浓度 (μg/mL)	荧光强度
对照组	0	1471.32 ± 132.91
给药组	25	1038.01 ± 129.87
	50	970.08 ± 105.88
	100	586.61 ± 87.42*
	200	265.82 ± 59.43**

3 讨论

近年来研究发现枸杞多糖对雄性生殖系统具有保护作用。研究证实枸杞多糖能够降低高温所致的生精细胞损伤, 并且枸杞多糖能提高半去势大鼠的性功能, 其作用机制不仅是提高抗氧化作用, 而且通过调节下丘脑-垂体-性腺轴的功能而实现的^[4]。实验证实枸杞多糖能抑制细胞色素 C (Cyt C) 自线粒体的释放, 从而使 Caspase-3 的活化减少, 导致生精细胞的凋亡减少, 推断其通过线粒体途径抑制生精细胞的凋亡而起到保护睾丸组织的作用^[5]。在体外培养的精原干细胞培养

液中单独加入枸杞多糖后其增殖能力明显增强^[6]。

文献报道,SCs 在雄性小鼠出生后 10 d 不再增殖^[7],在雄性大鼠出生 15 d 后不再增殖^[8],在男性出生 10 岁之后停止增殖^[9],其数量处于恒定状态。同时 SCs 的数量决定着精子的数量,其功能又决定着精子的质量,所以不难看出,SCs 在男性生殖系统中重要的作用。SCs 及其形态结构是 1985 年由 Enrico Sertoli 首次发现并报道的存在于生精上皮中的一种大细胞。在胚胎发育时期,SCs 在睾丸的结构发育方面有重要的作用^[10]。然而,在成年时期,SCs 只用于支撑精子的发生。成熟的 SCs 为干细胞提供结构与营养支持、辅助它们的移动、提供输精液及支持精子细胞的排放^[11]。更重要的是一个 SCs 只能支持有限的干细胞数量,因此,最终成年睾丸的大小及精子数量与 SCs 的数量呈直接关系^[12]。不仅在向生精上皮传递促性腺激素过程中发挥着不可取代的中枢作用,而且还具有分泌、营养、释放、支持、免疫豁免及吞噬等多种功能^[13-14]。

本实验表明枸杞多糖能够明显促进大鼠 SCs 体外增殖,并且呈剂量依赖性,根据目前的实验结果推断其作用方式如下:(1)增加细胞营养。枸杞多糖含有微量元素、氨基酸及多种单糖,对体外培养的支持细胞进行营养供给;(2)抗氧化。枸杞多糖具有抗氧化的作用^[15],支持细胞在体外培养过程中可能会受到氧自由基的损伤,枸杞多糖可能通过清除细胞体外培养环境中的氧自由基,保持细胞的增殖能力;(3)抑制细胞凋亡,延缓细胞衰老。本实验已明确枸杞多糖对体外培养的 SCs 的增殖作用,下一步将通过实验证实其作用机制。

参 考 文 献

- [1] 董永杰,单铁英,岳峰,等. 枸杞多糖对淋巴细胞功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2010,19(19):2362-2363.
- [2] Ma Feng, Gao Jun, Wang Yi-nong, et al. Effects of serum containing Lycium barbarum polysaccharides on the intracellular Ca^{2+} concentration and the expression of collagen type I in MC3T3-E1 cells in vitro[J]. Chinese Journal of Tissue Engineering Research, 2012, 16(20):3733-3736.
- [3] 马秀梓,孙润广,李佳媚,等. 3 种中药多糖抗肿瘤作用的研究[J]. 陕西师范大学学报,2012,40(6):77-80.
- [4] 罗琼,黄晓兰,李卓能,等. 枸杞多糖对雄性大鼠性功能及生殖功能的影响[J]. 营养学报,2006,28(1):62-65.
- [5] TAN Qiu-hui, AN Chang-xin, XIAO Yun, et al. Protective effect of lycium barbarum polysaccharides against heat stress-induced germ cell apoptosis in rats and its mechanism[J]. National Journal of Andrology Zhonghua Nan Ke Xue Za Zhi, 2012, 18(1):88-92.
- [6] Ma Liang-hong, Qiu Zhi-jun, Yan Sheng-nan, et al. Influence of lycium barbarum polysaccharides on proliferation of spermatogonial stem cells in vitro[J]. Journal of Clinical Rehabilitative Tissue Engineering Research, 2011, 15 (23):4277-4281.
- [7] 刘红云, 张才乔. 禽类下丘脑—垂体—性腺轴的内分泌调节[J]. 中国兽医杂志,2006,42(9):41-43.
- [8] 于利. 大鼠睾丸的 Sertoli 细胞的分离纯化及体外培养[J]. 辽宁医学院学报,2008,29(3):204-205.
- [9] Stefanio S, Morena AR, Petersen C, et al. A rapid method of sertoli cell isolation by DSA lectin, allowing mitotic analyses[J]. Mol Cellu Endocrinol, 1998, 146(1-2):121-127.
- [10] Brennan J, Capel B. One tissue, two fates: molecular genetic events that underlie testis versus ovary development[J]. Nat Rev Genet, 2004, 5, 509-521.
- [11] Jegou B. The Sertoli cell[J]. Baillieres Clin Endocrinol Metab, 1992, 6:273-311.
- [12] Orth JM, Gunsalus GL, Lamperti AA. Evidence from Sertoli cell-depleted rats indicates that spermatid number in adults depends on numbers of Sertoli cells produced during perinatal development[J]. Endocrinology, 1988, 122:787-794.
- [13] Touyz RM, Jianq L, Sairam MR. Follicle-stimulating hormone mediated calcium signaling by the alternatively spliced growth factor type 1 receptor[J]. Biol Reprod 2000, 62(4):1067-1074.
- [14] Laslett AL, Li LH, Jester WF, et al. Thyroid hormone down-regulates neural cell adhesion molecule expression and affects attachment of gonocytes in Sertoli cell-gonocyte cocultures[J]. Endocrinology, 2000, 141(5):1633-1641.
- [15] 陈智松, 吴志奎, 陈玉英, 等. 枸杞多糖对衰老小鼠脑 NO、NOS 的影响[J]. 中药药理与临床, 2000, 16(6):16-18.

(收稿日期 2014-10-08)

欢迎投稿 · 欢迎订阅

痰热清注射液对急性肺损伤大鼠的肺组织核因子- κ B 表达的影响*

闫 龙 来 毅

(浙江省杭州市萧山区第一人民医院, 浙江 杭州 311200)

中图分类号: R285.5 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0038-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.013

【摘要】目的 通过建立急性肺损伤(ALI)大鼠模型,研究痰热清注射液对 ALI 治疗作用及可能机制,为其临床应用感染所致的 ALI 提供理论参考。**方法** 将 SD 大鼠随机分为正常对照组、模型 2、4、6 h 组、痰热清 2、4、6 h 组,每组 8 只。尾静脉注射脂多糖(LPS)造模,痰热清组在造模后从另一尾静脉注射痰热清注射液 1 mL。在相应时间段取肺组织,观察肺病理形态学、组织损伤程度,通过免疫组化检测 NF- κ B p65 的表达变化。**结果** (1)LPS 模型组肺组织有明显的形态、病理学改变;各时间段模型组 NF- κ B p65 的阳性指数值较正常对照组升高($P<0.01$)。(2)痰热清 2 h 组 NF- κ B p65 阳性指数与模型 2 h 组相比差异无统计学意义($P>0.05$);痰热清 4 h 与 6 h 组阳性指数值较同时间点模型组明显降低($P<0.01$),且与正常对照组无明显差异。**结论** 痰热清注射液对 ALI 大鼠有保护作用,可以减轻其组织形态学改变,通过抑制肺组织 NF- κ B 信号传导通路的活化,阻断炎症的级联式反应,从而减轻肺组织损伤,阻断 ALI/ARDS 的发生、发展。

【关键词】 痰热清注射液 急性肺损伤 NF- κ B p65

Effects of Tanreqing Injection on NF- κ B of Acute Lung Injury Induced by Endotoxin in Rats Lung Tissue

YAN Long, LAI Yi. The First People Hospital of Xiaoshan District, Hangzhou City, Zhejiang Province, Zhejiang, Hangzhou 311200, China

【Abstract】Objective: To investigate the effects and mechanisms of Tanreqing Injection on lipopolysaccharide (LPS)-induced acute lung injury (ALI) in rats. **Methods:** 56 SD rats were randomly divided into 7 groups: normal control group, LPS model of 2 h, 4 h, 6 h group and Tanreqing Injection treatment of 2 h, 4 h, 6 h group. LPS was injected into tail vein in LPS model group and Tanreqing Injection treatment group. 1 mL Tanreqing Injection was injected into another tail vein in Tanreqing Injection treatment group. The rats were killed at each observation time point. The pathological changes of lung were observed, and the expression of NF- κ B P65 in lung tissue were detected with immunohistochemistry. **Results:** Compared with the control group, the pathological changes of lung in LPS model group were significant. Compared with the control group, the expression of NF- κ B P65 in lung tissue was significantly up-regulated in LPS model group. Compared with LPS model group, the expression of NF- κ B p65 in lung tissue in Tanreqing Injection treatment group were significantly down-regulated at 4 h and 6 h ($P<0.01$). **Conclusion:** Tanreqing Injection shows a protective effect on LPS-induced acute lung injury rats. The mechanism may be related to its ability of inhibiting the activation of the signal pathway of NF- κ B and inflammatory cascade

【Key words】 Tanreqing Injection; Acute lung injury; NF- κ B; p65

全身性感染、创伤、休克、烧伤、急性重症胰腺炎等多种病因可引起急性肺损伤(ALI),其终末阶段或危重型称为急性呼吸窘迫综合征(ARDS)。以往的研究认为 ALI 的发病主要与机体过度的炎症反应有关,被致病因子激活后,炎症细胞大量聚集在肺中,生成大量的炎症介质和细胞因子,反馈并放大和加强炎症信号,最终导致肺泡上皮和肺毛细血管内皮通透性增加,肺泡

水肿,构成低氧血症的病理基础。近年研究表明,核转录因子- κ B(NF- κ B)与炎症反应密切相关,其参与了多种细胞因子及炎症介质基因的转录调控,是炎症介质的上游调控基因,在炎症反应的细胞因子网络调节中起重要作用。由于 ALI 与炎症反应的关系密切,NF- κ B 在炎症反应发生发展中发挥重要作用,因此 NF- κ B 很可能在 ALI 中起着关键的作用^[1]。同时被认为是极具潜力的新型抗炎靶点^[2]。本研究中采用尾静脉注

* 基金项目:浙江省中医药普通课题研究计划(2009CA021)

射脂多糖(LPS)制备大鼠 ALI 模型,并用痰热清注射液进行治疗,观察肺病理形态学、组织损伤程度及 NF- κ B p65 的表达变化。

1 材料与方法

1.1 动物 SD 大鼠,雄性,体质量(200±10) g,清洁动物,浙江中医药大学实验动物中心提供,自由摄食、饮水、室温 18~24 ℃,相对湿度 40%~70%,每日 12 h 光照维持,昼夜循环。

1.2 试药与仪器 痰热清注射液,上海凯宝药业有限公司提供 10 mL/支;脂多糖 E.coli 内毒素;购自 Sigma 公司。

1.3 分组与造模 将大鼠随机分为正常对照组、模型 2 h 组、模型 4 h 组、模型 6 h 组、痰热清 2 h 组、痰热清 4 h 组、痰热清 6 h 组,每组 8 只。适应性喂养 1 周后。正常对照组 1 组,尾静脉注射生理盐水 1 mL。模型组及痰热清组予尾静脉注射 LPS 注射液 5 mg/kg 造模。痰热清组造模后予另一尾静脉注射痰热清注射液 1 mL (按人和动物体表面积折算的等效剂量比值)。

1.4 标本采集与检测 动物分别在 2、4、6 h 予水合氯醛(350 mg/kg)腹腔注射麻醉后开胸。观察肺组织形态学变化,后以 10%甲醛溶液固定,行免疫组织化学染色后观察 NF- κ B p65 的表达差异。HE 染色切片在显微镜放大 400 倍下直接观察组织病理变化。免疫组化切片每张切片所要分析的部位显微镜下拍摄 3~5 张照片,采用图像分析软件;Carl Zeiss Imaging Systems 进行分析。计算 Area 实际面积,平均光密度(Density)为阳性表达区域的光密度平均值,反映表达部位的阳性强度。总光密度(IOD)= $\sum$ Area(阳性表达部位)×Density(该部位的平均光密度),IOD 表示照片内所有阳性表达部位的 Area×Density 的和。阳性指数:即 IOD/肺泡实质面积(μm^2),用 DAB 显色的免疫组化切片阳性区域为棕黄色,阳性指数表示总光密度均分到该照片的值,以此对 NF- κ B p65 蛋白表达进行定量分析。

1.5 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,均进行正态性检验,多样本均数比较进行方差齐性分析,多组间比较采用单因素方差分析,两两比较用 LSD 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 组织病理学改变 正常组大鼠肺组织结构完整,肺泡内无水肿、炎症,肺泡腔清晰。模型各组不同程度肺泡结构破坏,肺内单核巨噬细胞浸润及肺泡腔内红细胞明显增多,呈时间依赖性。痰热清各组肺泡组织结构较完整,轻度水肿,虽有不同程度的单核巨噬细胞浸润,红细胞漏出,但损伤程度相比同时间段模型组病变减轻。见图 1。

2.2 肺组织 NF- κ B p65 蛋白表达 肺组织免疫组织

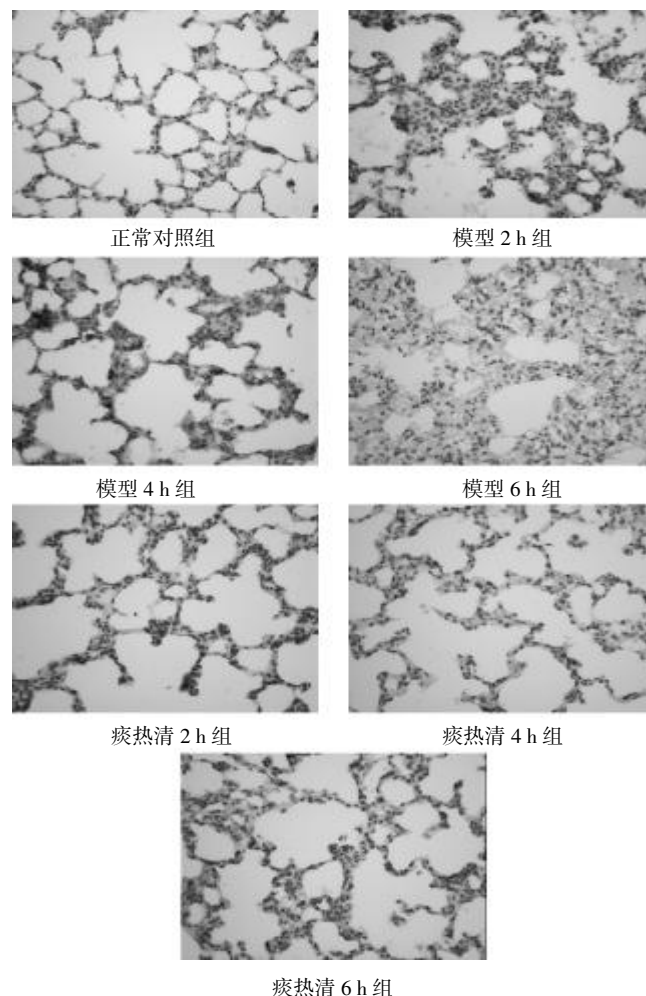


图 1 各组肺组织免疫组化切片(DAB 显色,400 倍)

化学 NF- κ B p65 蛋白阳性反应产物呈棕黄色。正常对照组可见少量散在的 NF- κ B p65 阳性免疫反应产物,主要位于胞浆中,组织结构尚清晰。模型各组可见较多 NF- κ B p65 阳性免疫反应产物,主要位于细胞核中。痰热清各组阳性表达率较模型组同时时间点明显减轻。见图 1。

模型各组 NF- κ B p65 的阳性指数值较正常对照组升高($P<0.01$)。痰热清 2 h 组 NF- κ B p65 阳性指数较模型 2 h 组差异无统计学意义($P>0.05$);痰热清 4 h 与 6 h 组阳性指数值较相应时间点模型组明显降低($P<0.01$),与正常对照组无明显差异。见表 1。

3 讨论

ALI 的发病机制错综复杂,目前多从炎性细胞和细胞因子、氧化抗氧化系统失衡、凝血纤溶系统失衡及肺泡毛细血管膜损害这几方面进行阐述,目前尚未完全明了。注射 LPS 不仅可成功复制 ALI 模型,而且可以很好地模拟临床严重感染引发的 ALI/ARDS^[3]。NF- κ B 是调节细胞基因转录的关键因子之一,活化后的 NF- κ B 在机体的炎症、免疫反应等方面发挥直接重要作用,与内毒素型 ALI 的发生与发展有密切关系。近

表 1 各组肺组织 NF- κ B p65 阳性指数比较($\bar{x}\pm s$)

组 别	n	阳性指数($\times 10^{-2}$)
正常对照组	8	2.23 $\pm$ 0.25
模型 2 h 组	8	5.35 $\pm$ 0.36*
模型 4 h 组	8	8.53 $\pm$ 0.67*
模型 6 h 组	8	5.27 $\pm$ 0.03*
痰热清 2 h 组	8	6.84 $\pm$ 0.57*
痰热清 4 h 组	8	3.49 $\pm$ 0.29 Δ
痰热清 6 h 组	8	2.58 $\pm$ 0.69 Δ

与正常对照组比较, * $P<0.01$; 与同时间段模型组比较, $\Delta P<0.01$ 。

年国内多项研究结果表明, 中医药可通过调控 NF- κ B 的活化, 抑制炎症因子的趋化、表达等, 较好干预多种疾病的临床治疗。本文通过大鼠尾静脉注射 LPS 诱导 ALI, 再予尾静脉注射痰热清注射液进行治疗, 探讨痰热清注射液对 ALI 大鼠的保护作用及可能的机制。

肺损伤的作用机制中, 众多细胞因子错综复杂, 而 NF- κ B、AP-1 的活化、激活起到了关键作用。NF- κ B 典型的结构为 p50/p65 异源二聚体, 几乎存在于所有真核细胞。正常情况下, NF- κ B 与其抑制蛋白 I κ B 结合, 以无活性的三聚体形式存在于细胞浆。当细胞受到多种细胞内外信号刺激时, I κ B 发生磷酸化并降解, NF- κ B 与 I κ B 发生解离并活化, 活化的 NF- κ B 迅速从细胞浆移位到细胞核, 并与相应基因上的 κ B 位点相结合而发挥作用。研究表明, 许多因素包括前炎性细胞因子 (如 TNF- α , IL-1 β)、内毒素、氧自由基 (ROS)、病毒等可以激活 NF- κ B^[4]。而 NF- κ B 被激活后又参与诸多因子如 TNF- α , IL-6, IL-8, IL-1 β , 氮自由基 (NOS) 及生长因子、黏附分子等的诱导性调控转录表达过程^[5]。也就是说致病因素激活 NF- κ B 后, 引起 ROS, 炎症因子等释放, ROS 及炎症因子又可以正反馈激活 NF- κ B、造成炎症级联放大, 加重肺损伤。因此, NF- κ B 的转移并活化是全身炎症反应和急性肺损伤的关键发病环节之一^[4]。有研究护津方可通过降低内毒素致急性肺损伤大鼠的 NF- κ B 蛋白及 NF- κ B mRNA 的表达, 而对大鼠起到保护作用^[6]。同样有类似研究证实抗炎合剂联合西医治疗能够明显减低脓毒症患者 NF- κ B 水平^[7]。总之各种炎症介质、氧化因子及血管通透性障碍、肺组织细胞损伤之间相互诱生、激活并正反馈性不断增加最终导致全身损害, 导致 MODS。因此, ALI/ARDS 不是孤立的疾病, 而是 MODS 的重要组成部分。在本组资料中研究结果显示 LPS 模型各组可见大量 NF- κ B p65 阳性免疫反应产物, 主要位于细胞核中, 并且各时间点 NF- κ B p65 的阳性指数值也较正常组升高 ($P<0.01$)。提示 LPS 大鼠尾静脉注射可造成大量的 NF- κ B 的活化、激活, 从胞浆转移入细胞核, 参与 ALI 的发生、发展。

中医并无“急性肺损伤”这一病名的记载。根据临床表现, 一般认为多归属于“喘证”、“暴喘”、“喘脱”等范畴。痰、热、瘀、闭是 ALI/ARDS 的主要病理因素, 在临床上 ALI/ARDS 根据病程常可分痰热壅肺、气滞血瘀、肺热腑实、邪热闭窍、肺肾气虚等证候。中医药应该对 ALI/ARDS 的治疗从整体出发, 辨证论治: 早期多以标实为主, 宜急去其实, 可给予清热化痰、活血化瘀、通腑泻下等; 晚期若标证缓解, 可兼顾其虚则予益气扶正。本资料通过 LPS 尾静脉诱导大鼠 ALI, 导致大鼠 30 min 即出现萎靡, 紫绀, 呼吸困难进行性加重, 甚或鼻翼煽动, 腹泻, 甚至死亡。

痰热清注射液由黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花和连翘组成, 具有平肝息风、清热解毒、宣肺解表等作用。黄芩的主要有效成分汉黄芩素有抑制炎症的作用, 其抗炎效用与前列腺素 E_2 水平呈正相关^[8]。熊胆冻干粉针剂可轻度提高内毒素休克大鼠血浆 IL-10 水平, 减轻内皮细胞损伤, 发挥抗炎和免疫防御的作用^[9]。金银花其主要有效成分绿原酸能抑制脂多糖增加肺中髓过氧化物酶 (MPO) 活性和中性粒细胞向 BALF 迁移; 减轻 LPS 诱导的 ALI 小鼠肺组织的水肿、出血、血管和肺泡的结构破坏^[10]。连翘的有效成分连翘苷 (木脂素) 能抑制花生四烯酸级联酶激活等而发挥抗炎作用^[11]。现代药理研究亦证实痰热清注射液可明显抑制采用盲肠结扎穿孔术制备的脓毒症大鼠的 NF- κ B 活性及 IL-6 水平, 提高脓毒症大鼠的生存率^[12]。本实验结果证实了, 痰热清注射液治疗急性肺损伤的机理可能与抑制肺组织 NF- κ B 信号传导通路的活化, 阻断炎症的级联式反应, 从而减轻肺组织损伤, 阻断 ALI/ARDS 的发生、发展有关。

参 考 文 献

- [1] 罗真春, 黄燕. 核转录因子- κ B 在急性肺损伤小鼠中的动态表达[J]. 重庆医学, 2009, 38(16): 2005.
- [2] Lee JQ, Matthew RJ, Benjamin TS, et al. Functions and regulation of NF- κ B RelA during pneumococcal pneumonia[J]. The Journal of Immunology, 2007, 178: 1896-1903.
- [3] 侯一峰, 周艳春, 周永双. 全身炎症反应综合征-急性肺损伤大鼠模型的研究[J]. 中国实验动物学报, 2003, 11(3): 147-150.
- [4] Victor VM, Rocha M, Dela Fuente M. Immune cells: free radicals and antioxidants in sepsis[J]. Int Immunopharmacol, 2004, 4: 327-347.
- [5] Altavilla D, Saitta A, Squadrito G, et al. Evidence for a role of nuclear factor- κ B in acute hypovolemic hemorrhagic shock[J]. Surgery, 2002, 131: 50-258.
- [6] 杨爱东, 李文雯, 汪东颖, 等. 护津方对急性肺损伤大鼠肺组织核转录因子- κ B mRNA 表达的影响[J]. 中国中医急症, 2009, 10(18): 1645-1647.
- [7] 李越华, 李海涛. 抗炎合剂对脓毒症患者核因子 NF- κ B 及

- 炎症因子的影响[J]. 中国中医急症, 2012, 5(21): 692-693.
- [8] Kaneko T, Chiba H, Horie N, et al. Inhibition of prostaglandin-e2 production by flavone and its related compounds[J]. In Vivo, 2010, 24(1): 55-58.
- [9] 金京春, 朴英实, 马天泽, 等. 熊胆冻干粉针剂对内毒素休克大鼠血浆 NOx 及 IL-10 水平的影响[J]. 解放军预防医学杂志, 2008, 26(1): 37-38.
- [10] Zhang X, Huang H, Yang T, et al. Chlorogenic acid protects mice against lipopolysaccharide-induced acute lung injury[J]. Injury, 2010, 12: 52-54.
- [11] Díaz Lanza AM, Abad Martínez MJ, Fernández Matellano L, et al. Lignan and phenylpropanoid glycosides from *Phillyrea latifolia* and their in vitro anti-inflammatory activity[J]. Planta Med, 2001, 67(3): 219-223.
- [12] 刘德红, 邓哲, 魏刚, 等. 痰热清注射液对脓毒症大鼠核因子-κB 活性及生存率的影响[J]. 实用医学杂志, 2008, 13(24): 2208-2210.

(收稿日期 2014-03-12)

(上接第 15 页)

乙型脑炎证素组合形式主要有 6 种, 其中集中在两证素和三证素组合, 其累积构成比为 66.97%, 其他如单一证素累积频率为 14.93%; 四证素累积频率为 11.31%; 五证素累积频率为 2.26% 及其他组合方式累积频率为 4.52% 均较少。

从文献中不难看出, 流行性乙型脑炎证型相对较多, 且证候名称极不规范, 为中医辨证论治带来极大的困难, 亟待进一步整理规范。全面了解反应病性的证素与病位证素的组合关系, 可能会更有利于流行性乙型脑炎证候标准研究的深入。本次研究中发现, 在单一病性证素与病位证素组合类型中, 毒邪侵袭部位最为广泛, 与脾、肺、胃、心、肝、肾等病位关系较密切; 其次为暑邪, 与脾、胃、气分、卫分关系密切。两病性证素证候与病位证素(证候靶点)组合类型中, 多见以暑热证(12 条)、毒邪证、暑温证(各 8 条)结合为病, 主要与卫分证、气分证、营分证(各 5 条)关系密切, 常表现为暑热入卫分、毒邪入营分、毒邪壅肺胃等。从其证候组合规律病结合临床病机特点分析, 流行性乙型脑炎以实证为主, 暑邪、热邪、毒邪侵袭肺卫, 或暑热、暑湿之邪入里化热成毒, 久聚成毒, 或感受暑温, 或壅阻于肺, 或侵袭卫分气分, 或壅阻于心包或脑窍, 从而出现头痛, 神志清楚, 抽搐; 时有颈强, 昏迷, 壮热不退等症状。

综上所述, 流行性乙型脑炎的病理因素主要是暑、毒、湿、热(火)、阴虚、阳虚等为主, 但上述病因单发者少, 其间相互兼夹, 或袭于卫表、或壅于肺胃, 引发疾病; 或入里酿成毒邪, 侵袭脑络或心包, 变化为病。毒蕴肺胃、毒损脑络、毒陷心包等为其主要病机, 其中毒陷心包证病机较为复杂: 毒邪盛行时, 壅阻于脑窍, 造成神昏、惊厥、抽搐等危急证候; 病程较长时往往会出现

气血津液不足, 特别在体质虚弱者, 毒热之邪日久必耗伤津液, 造成气阴两虚、气虚血瘀等, 甚至会出现亡阴、亡阳, 且相互为因, 使病机更为复杂。

笔者认为由于纳入文献数量较少, 文献的质量普遍较低等多方面的因素, 在一定程度上可能局限辨证的主要证素或证素组合的特征。本次研究主要依据流行性乙型脑炎的临床实际, 对影响其证的主要证素或证素组合特征进行初步筛选、归纳、总结, 以便为继续深入研究流行性乙型脑炎的中医证素特点、中医诊断标准、中医辨证及中医药如何防治流行性乙型脑炎等提供了研究的依据。本研究也有待于在以后的临床学习与工作中进一步探索。本研究结果让笔者意识到进一步研究中医药防治流行型乙型脑炎有着广阔的前景, 值得继续探索。

参 考 文 献

- [1] Halstead SB, Thomas SJ. Japanese encephalitis: New options for active immunization[J]. Clin Infect Dis, 2010, 50(8): 1155-1164.
- [2] 朱文峰. 中医辨证体系及“证”的规范研究[J]. 天津中医, 2002, 19(5): 1.
- [3] 朱文峰, 张华敏. 证素的基本特征[J]. 中国中医基础医学杂志, 2005, 11(7): 17.
- [4] 黄碧群, 朱镇华. 证素等概念的辨析[J]. 中华中医药杂志, 2005, 20(5): 273-274.
- [5] 张志斌, 王永炎, 吕爱平, 等. 证候要素与证候靶点应证组合辨证[J]. 中医杂志, 2006, 47(7): 483-485.
- [6] 李建生, 余学庆, 胡金亮, 等. 中医证候标准建立的思路与方法[J]. 河南中医学院学报, 2004, 19(6): 4.
- [7] 李建生, 余学庆, 王至婉, 等. 基于文献的肺炎中医证素组合规律研究[J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(5): 379-383.

(收稿日期 2014-08-27)

结肠透析并纤支镜灌洗对肺炎合并脓毒症患者血清 C 反应蛋白水平的影响*

陈立 韩悦 吕波 李兰[△]

(贵阳中医学院第一附属医院, 贵州 贵阳 550001)

中图分类号: R563.1 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0042-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.014

【摘要】目的 观察通腑理肺汤结肠透析联合纤维支气管镜肺泡灌洗对肺炎合并脓毒症患者 CRP 水平的影响。**方法** 将 90 例肺炎合并脓毒症患者随机分为 3 组, 治疗组 A、治疗组 B、对照组各 30 例。治疗组 A 在常规治疗的基础上给予通腑理肺汤结肠透析联合纤维支气管镜肺泡灌洗; 治疗组 B 在常规治疗基础上每日给予等量温水结肠透析联合纤维支气管镜肺泡灌洗; 对照组在常规治疗基础上每日给予等量温水结肠透析。3 组均于治疗前后记录患者体温、呼吸情况及血白细胞计数水平测定, 并于治疗前、治疗 1 周末、治疗 2 周末测定血清 C 反应蛋白(CRP)水平。3 组疗程均为 2 周。**结果** 治疗后治疗组 A 体温、呼吸机白细胞计数水平均明显降低, 显著低于治疗组 B 及对照组($P < 0.05$); 与对照组相比, 治疗组 CRP 水平明显降低, 且治疗组 A 更为明显($P < 0.05$)。**结论** 通腑理肺汤结肠透析联合纤维支气管镜肺泡灌洗能明显降低脓毒症患者体温、呼吸频率及白细胞计数水平, 这可能与降低血清 C 反应蛋白水平, 减轻炎症反应有关。

【关键词】 通腑理肺汤 结肠透析 纤维支气管镜肺泡灌洗 C 反应蛋白

Effect of Colon Dialysis and Fiberoptic Bronchoscopy Alveolar Lavage on the CRP Level of Patients with Pneumonia Complicated Sepsis CHEN Li, HAN Yue, LV Bo, et al. The First Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guizhou, Guiyang 550001, China

【Abstract】Objective: To explore the effect of colon dialysis and fiberoptic bronchoscopy alveolar lavage on the CRP level of patients with pneumonia complicated sepsis. **Methods:** 90 patients of pneumonia with sepsis were randomly divided into three groups, Tongfulifei Decoction colon dialysis combined fiberoptic bronchoscopy alveolar lavage treatment group [treatment group (A)], warm water colon dialysis combined fiberoptic bronchoscopy alveolar lavage treatment group [treatment group (B)], warm water colon dialysis group (control group) with 30 cases in each group. Before and after treatment, the body temperature, breathing and blood leukocyte count level were detected. The serum C-reactive protein (CRP) level was detected at the time point of before treatment, the first weekend and the second weekend of treatment. Course of treatment of all groups lasted for 2 weeks. **Results:** After treatment, body temperature and breathing machine white blood cell count of the treatment group A significantly decreased, significantly lower than those of the treatment group B and control group ($P < 0.05$). The CRP level of treatment groups was significantly lower than that of control group, and the level of treatment group A was more obvious ($P < 0.05$). **Conclusion:** Tongfulifei Decoction colon dialysis combined fiberoptic bronchoscopy alveolar lavage can significantly reduce body temperature, breathing rate and level of white blood cell count, which may relate to reducing serum CRP level and inflammation reactions.

【Key words】 Tongfulifei Decoction; Colon dialysis; Fiberoptic bronchoscopy alveolar lavage; C-reactive protein

脓毒症是指由感染引起的全身炎症反应综合征(SIRS), 临床上证实有细菌存在或有高度可疑感染灶, 是诱发脓毒性休克、多器官功能障碍综合征(MODS)的重要原因, 其来势凶猛, 病情进展迅速, 病死率高, 是

危重病患者死亡的主要原因, 也是国内外研究的重点和难点^[1]。现代医学对脓毒症的发病机制尚未完全清楚, 多数研究认为炎症反应在本病的发生、发展过程中起关键作用, C 反应蛋白(CRP)目前作为临床炎症反应的敏感标记物, 其临床价值引起了人们的关注^[2]。本研究给予肺炎合并脓毒症患者通腑理肺汤结肠透析联合纤维支气管镜肺泡灌洗并检测患者血清 CRP 水平,

* 基金项目: 贵州省卫生厅科学技术基金项目(gzwmkj2012-1-030);

贵州省科技计划项目(黔科合中中药字[2012]LKZ7057 号)

[△] 通信作者(电子邮箱: yishengchenli@163.com)

探讨其疗效作用及可能作用机制。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例诊断标准均符合 1999 年中华医学会肺炎诊断标准制定^[3]。脓毒症诊断标准参照 2001 年国际脓毒症会议制定^[4]。

1.2 临床资料 选择 2013 年 1 月至 2014 年 2 月贵阳中医学院第一附属医院重症监护病房(ICU)收治的肺炎合并脓毒症患者 90 例,将所有患者随机分为 3 组,治疗组 A 为通腑理肺汤结肠透析联合纤维支气管镜肺泡灌洗治疗,治疗组 B 为温水结肠透析联合纤维支气管镜肺泡灌洗治疗,对照组为温水结肠透析,各 30 例。

1.3 治疗方法 所有患者入院后均给予常规治疗,治疗组 A 在常规治疗的基础上给予通腑理肺汤(科室协定方):大黄 5 袋,芒硝 5 袋,连翘 5 袋,黄芩 5 袋,杏仁 5 袋,白及 5 袋,三七 5 袋,厚朴 5 袋。每次取上药煎煮至 800 mL 作为结肠透析液,通过结肠透析机进行注入,每日 1 次,严重腹泻者调整大黄用量,并每 2 日给予纤维支气管镜肺泡局部灌洗 1 次。治疗组 B 在常规治疗基础上每日给予等量温水结肠透析,方法为灭菌温水 800 mL 通过结肠透析机注入,每日 1 次,并每 2 日给予纤维支气管镜肺泡局部灌洗 1 次。对照组在常规治疗基础上每日给予等量温水结肠透析,方法为灭菌温水 800 mL 通过结肠透析机注入,每日 1 次。3 组疗程均为两周。

1.4 观察指标 于治疗前、治疗后记录 3 组患者体温、呼吸情况,同时留取静脉血,进行血白细胞计数水平测定。血清 CRP 测定:3 组均于治疗前、1 周末、2 周末静脉采血 3 mL,采用速率散射比浊法检测;仪器采用 Backman-Coulter 公司生产的全自动生化仪,试剂盒购于北京金康盛商贸有限公司。

1.5 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,并对数据采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组治疗前后体温、呼吸及白细胞计数水平比较 见表 1。结果示治疗后治疗组 A 体温、呼吸及白细胞计数水平较治疗前均明显降低,与治疗组 B、对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 治疗后 3 组 CRP 水平变化比较 见表 2。结果示治疗后 1 周、治疗后 2 周治疗组 A 显著低于治疗组 B 及对照组($P < 0.05$)。

3 讨论

脓毒症作为重症医学科内非心脏患者死亡的主要原因具有较高的发病率^[5],且呈逐年增加的趋势,其中以肺部感染引起脓毒症更为常见。脓毒症本身是由感染引起,一旦发生,其发展遵循其自身的病理过程和规

表 1 3 组治疗前后体温、呼吸及白细胞计数水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	体温(℃)	呼吸(次/min)	血白细胞($\times 10^9/L$)
治疗组 A (n=30)	治疗前	39.1±0.65	28.5±2.46	14.7±2.18
	治疗后	36.7±0.23*	17.6±1.92*	6.6±2.41*
治疗组 B (n=30)	治疗前	39.2±0.72	28.7±2.49	14.4±2.43
	治疗后	37.1±0.19 [△]	19.6±1.50 [△]	9.1±2.50 [△]
对照组 (n=30)	治疗前	38.9±0.66	27.3±2.49	15.0±2.22
	治疗后	37.6±0.17 [△]	22.3±1.95 [△]	9.8±2.05 [△]

与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与治疗组 B、对照组比较,[△] $P < 0.05$ 。下同。

表 2 3 组治疗前后 CRP 水平比较(mg/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后 1 周	治疗后 2 周
治疗组 A	30	31.12±9.14	14.53±5.48	8.51±2.45
治疗组 B	30	29.29±8.50	18.07±6.73 [△]	12.27±3.21 [△]
对照组	30	30.98±9.29	22.45±7.47 [△]	16.07±5.15 [△]

律,也就是说本质上脓毒症是机体对感染性因素的炎症反应。CRP 是机体感染、创伤等所致组织损伤时反应产生的一种急性时相蛋白,其不受性别、年龄、高蛋白质血症等因素的影响^[6],当机体被细菌感染时,血清 CRP 升高的幅度与细菌感染的程度呈正相关^[7],且病情越重时,CRP 升高幅度越明显^[8],临床病死率越高^[9]。

现代研究认为肠功能衰竭致胃肠道细菌、毒素的移位是严重脓毒症及 MODS 的主要因素^[10],这与中医学认为“腑以通为用”是相通的,胃肠道是排出浊邪的主要渠道,若胃肠功能障碍,传导失司,则大量毒邪聚集在肠道之中,损伤肠道,成为毒邪入侵的新途径,有研究显示通里攻下法在脓毒症/MODS 的治疗中发挥巨大的作用^[11],对控制细菌移位有显著效果,对胃肠道屏障功能具有明显的保护作用^[12]。同时通里攻下制剂能够显著降低 MODS 患者肿瘤坏死因子、白细胞介素-1 及白细胞介素-6 水平,抑制中性粒细胞等炎症细胞释放炎症因子,抑制过度炎症反应^[13],打断了肠源性感染与多器官功能障碍之间的恶性循环,最终达到有效协助控制感染和恢复机体功能的目标^[14]。这与中医学“腑以通为用”理论是相通的,同时中医学认为肺与大肠相表里,正常胃肠生理功能维持有赖于肺气肃降,同时肺气肃降功能正常维持有赖于胃肠传导。在此理论上组方通腑理肺汤,方中大黄、芒硝消积润下、通腑泻浊;连翘、黄芩、杏仁清上焦邪热、开肺气,有提壶揭盖之意;厚朴健脾消食、理气导滞;白及、三七生肌排毒、化瘀止血;全方具有理气开肺、健胃导滞、通腑排毒之功,对脓毒症患者有良好的保护作用。本研究给予肺炎合并脓毒症患者通腑理肺汤结肠透析联合纤维支气管镜肺泡灌洗,结果显示其能明显降低脓毒症患者体温、呼吸频率及白细胞计数水平,达到治疗脓毒症的目的,提高临床疗效,同时其能明显降低脓毒症患者

(下转第 65 页)

化瘀通脉颗粒干预经皮腔内冠状动脉介入治疗后再狭窄的临床研究*

齐 锋¹ 宋柏奇^{2△}

(1. 长春中医药大学附属医院, 吉林 长春 130000; 2. 吉林省长春市二道区东盛社区卫生服务中心, 吉林 长春 130031)

中图分类号: R541.4 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0044-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.015

【摘要】目的 观察化瘀通脉颗粒干预冠心病经皮腔内冠状动脉介入治疗(PCI)术后再狭窄的临床效果。**方法** 将 60 例冠心病经 PCI 治疗患者随机分为对照组和治疗组, 治疗组 31 例, 对照组 29 例。对照组按照常规治疗方法治疗, 治疗组在对照组药物基础上加服化瘀通脉颗粒治疗。两组疗程均为 6 个月。**结果** 治疗组总有效率为 83.87%, 明显高于对照组的 62.07% ($P < 0.05$)。治疗组中医症状积分降低较对照组更加明显 ($P < 0.05$)。治疗组心绞痛和临床再狭窄人数明显少于对照组 ($P < 0.05$); 冠脉 CTA 再狭窄发生人数治疗组也少于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 化瘀通脉颗粒具有预防 PCI 术后再狭窄的作用。

【关键词】 化瘀通脉颗粒 经皮腔内冠状动脉介入治疗 再狭窄 冠脉 CTA

Study of Huayutongmai Granule in Restenosis after Percutaneous Coronary Intervention QI Feng¹, SONG Boqi². 1 The Affiliated Hospital to Changchun University of Chinese Medicine, Jilin, Changchun 130000, China; 2 Dongsheng Community Health Service Center, Erdao District, Changchun City, Liaoning Province, Liaoning, Changchun 130031, China

【Abstract】Objective: To investigate the effect of the Huayutongmai Granule in the restenosis after percutaneous coronary intervention (PCI). **Methods:** 60 cases of coronary artery disease after PCI treatment were divided into the control group with conventional treatment and the treatment group with the conventional treatment combined with Huayutongmai Granule. After 6 months, some indices were compared between 2 groups. **Results:** The total effective rate in the treatment group with 83.87% was higher than that in the control group with 62.07% ($P < 0.05$). The reduction of the symptoms score in the treatment group was more obvious than that in the control group ($P < 0.05$). Meanwhile, the restenosis cases, the angina patients and the coronary CTA restenosis people in the treatment group were lower significantly than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** The Huayutongmai Granule has the effect of the prevention of PCI postoperative restenosis.

【Key words】 Huayutongmai Granule; Percutaneous coronary intervention; Restenosis; Coronary CTA

冠心病是临床常见的心脏疾病之一, 随着人口老龄化进程的不断加快, 冠心病发病率呈现出不断升高趋势^[1]。从 1977 年 Gelfand 首次成功地进行了经皮腔内冠状动脉成形术以来, 冠状动脉介入治疗(PCI)已成为目前治疗冠心病的一个重要手段^[2], 但是 PCI 术后仍有尚未解决的问题, 如支架内再狭窄, 其术后冠状动脉再狭窄的发生率高达 30%~60%^[3-4], 已严重制约了该项技术的发展。因此, 中西医结合在干预 PCI 术后再狭窄方面应运而生, 故本文就通过我科多年经验积累内部协定处方化瘀通脉颗粒干预 PCI 术后支架内再

狭窄进行临床观察。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例均符合西医相关诊断标准。纳入标准: (1) 有心绞痛症状, 经冠脉造影(cAG)证实为单支或多支病变(靶血管狭窄>70%)的冠心病, 行介入术后患者。(2) 符合心血瘀阻型, 诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》中胸痹(冠心病心绞痛)标准制定, 以胸部刺痛, 绞痛, 固定不移, 痛引肩背, 胸闷, 心悸不宁, 唇舌紫暗, 脉细涩^[5]。排除标准: (1) 出现心功能不全且射血分数(EF)<50%。(2) 血压较低, 舒张压<50 mmHg, 收缩压<90 mmHg。(3) 患有严重的慢性支气管炎或肺气肿。(4) 患有Ⅱ度或Ⅲ度房室传导阻

* 基金项目: 吉林省中医药管理局科研课题(PJS0109)

△ 通信作者(电子邮箱: qifengmater 2008@163.com)

滞。(5)患有严重的心律失常、肝脏以及肾脏系统原发疾病。(6)患有其他并发症,如类风湿性关节炎、精神疾病。

1.2 临床资料 选取 2013 年 1 月至 2014 年 1 月年长春中医药大学附属医院心内科住院的行 PCI 术后患者。纳入受试对象 60 例,按先后顺序编号采取随机分为治疗组 31 例和对照组 29 例,年龄 52~72 岁,其中男性 34 例,女性 26 例。对照组平均年龄(52.37 ± 11.5)岁,狭窄率平均(76.23 ± 8.6)%,长度(13.23 ± 6.6) mm。治疗组平均年龄(56.26 ± 10.1)岁,狭窄率平均(79.41 ± 6.3)%,长度平均(11.35 ± 7.0) mm。两组患者临床资料差异无统计意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 治疗组常规按照中华医学会心血管病学分会 2009 年制定的《PCI 术治疗指南》常规用药,应用抗血小板、抗凝、降低心肌氧耗量、调脂治疗。给予皮下注射低分子肝素 4000 万 U,每 12 小时 1 次,连用 1 周;口服氯吡格雷 75 mg,每日 1 次,连用 6 个月;肠溶阿司匹林 100 mg,每日 1 次,连用 6 个月,根据病情及个体差异服用-受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂、他汀类降脂药,并长期维持。两组均根据病情适当加用钙拮抗剂、降糖药等。治疗组在对照组药物基础上加服化瘀通脉颗粒,每次 5 g,每日 3 次口服(由长春中医药大学附属医院院内制剂室提供),连续服用 6 个月。两组疗程均为 6 个月,参加研究的患者治疗观察期间,停用其他中药及中成药制剂,每月 1 次复查血常规、肝功能、凝血常规、血脂常规、肾功能。6 个月后,行冠脉 CTA,以判断支架内及其两端再狭窄情况。

1.4 观察指标 观察两组治疗后临床症状与体征变化。

1.5 疗效标准 两组患者均于 6 个月后进行随访,并复查冠脉 CTA 以判断有无再狭窄。依据中华医学会心血管病学分会 2007 年制定的《经皮冠状动脉介入治疗指南》,以随访冠脉 CTA 显示支架内或支架边缘 5 mm 以内直径狭窄率 $>50\%$ 为判断标准^[6]。术后平板运动试验及心绞痛疗效评定标准参照 2002 年《ACC/AHA 心电图运动试验指南》及 1996 年修订的《冠心病心绞痛疗效评定标准》。中医证候总疗效判定标准参照 1998 年修订的《中药新药临床研究导则》制定。依据积分情况评定为显效、有效、无效、加重。显效:治疗后积分减少 $\geq 70\%$ 者。有效:治疗后积分减少 $<70\%$ 且 $>30\%$ 者。无效:治疗后积分减少 $<30\%$ 者。加重:治疗后积分增加 30% 者。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,并对数据采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 复查冠脉 CTA 结果比较 见表 1。结果示治疗组再狭窄比率为 3.23%,明显低于对照组的 10.34%($P < 0.05$)。

表 1 两组复查冠脉 CTA 结果比较(n)

组别	n	未狭窄	再狭窄	再狭窄比率(%)
治疗组	31	30	1	3.23 [△]
对照组	29	26	3	10.34

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

2.2 两组术后平板运动试验疗效比较 见表 2。结果示治疗组心绞痛发作且平板阳性低于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组术后平板运动试验疗效比较(n)

组别	n	无心绞痛发作且平板阴性	有心绞痛发作且平板阳性
治疗组	31	20	11 [△]
对照组	29	16	13

2.3 治疗后两组心绞痛疗效比较 见表 3。结果示治疗组总有效率为 83.87%,明显高于对照组的 62.07%($P < 0.05$)。

表 3 两组心绞痛疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	31	4	22	5	83.87 [△]
对照组	29	3	15	11	62.07

2.4 中医证候总疗效比较 见表 4。结果示治疗组症状积分降低较对照组更加明显($P < 0.05$)。

表 4 两组治疗前后中医证候疗效比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	31	20.40 $\pm$ 0.74	10.26 $\pm$ 0.33 [△]
对照组	29	21.70 $\pm$ 0.42	15.18 $\pm$ 0.41

3 讨论

冠心病患者行 PCI 介入治疗后发生冠状动脉再狭窄情况,可导致原支架部位发生血管闭塞,使患者再次发生心血管事件概率大大增加,现代医学虽应用大量方法,如裸支架到药物涂层支架,并给予双抗等治疗手段,但仍有 PIC 术后再狭窄的患者。

早在《医林改错》就有“元气既虚,必不能达于血管,血管无力,血液在血管中运行势必迟缓乃至滞阻”。现代著名中医学家陈可冀^[7]认为,冠脉介入治疗后再狭窄的病理过程与中医的“心脉痹阻”、“心脉不通”有类同之处。邓铁涛^[8]认为,冠心病介入术后病机特点“本虚为主,兼有邪实”。现多数专家认为 PCI 术后再狭窄(RS)是以瘀血痹阻心络。而化瘀通脉颗粒正是根据络病理论,从久病入络,以地龙、白术、水蛭、丹参、川芎、冰片等组方,以化瘀通脉、通络止痛为治疗原则,其中以地龙、水蛭为君,取其虫类药物游走之性,二者共同起到化瘀通络的作用;以丹参、川芎、白术为臣,《妇人明理论》有“以为丹参散,共同四物汤”之说,起到活血而不伤正,川芎起到活血行气的作用,通过行气而改

善血瘀;以冰片为佐药,起到止痛作用以改善心绞痛症状。尽而达到标本兼治的作用。现代药理研究上述药物具有抗凝、抗血小板聚集、抗栓、抗氧化、降脂、止痛等作用。

综上,从研究结果显示,化瘀通脉颗粒在改善中医主要症状、缓解心绞痛方面均优于对照组。在平板运动试验及冠脉 CTA 结果显示其疗效均有明显差异 ($P < 0.05$),且治疗组有显著优势。本研究提示,冠心病患者行 PCI 治疗后,通过中西医结合治疗降低 PCI 术后再狭窄发生。因此,在 PCI 已逐渐成为冠心病主要治疗方案的今天,化瘀通脉颗粒干预 PCI 术后再狭窄值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] 冯丽洁,沈洪. 冠状动脉血管成形及支架术后再狭窄的处理[J]. 中国危重病急救医学,2011,13(8):638-639.
- [2] Ryn TJ, Faxon DP, Gunnar RIM, et al. Guidelines for percutaneous transluminal coronary angioplasty. A report of the American College of Cardiology American Heart Association Task Force on Assessment of Diagnostic and Therapeutic Car-

diovascular Procedures (Subcommittee of Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty) [J]. Circulation, 1988, 78(2):486-502.

- [3] Nobuyoshi M, Kimura T, Nosaka H, et al. Restenosis after successful percutaneous transluminal coronary angioplasty; serial angiographic follow-up of 229 patients [J]. J Am Coll Cardiol, 1988, 12:616-623.
- [4] Landau C, Lange RA, Hillis LD. Percutaneous transluminal coronary angioplasty [J]. N Engl J Med, 1994, 330:981-993.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:69-73.
- [6] 中华医学会心血管病学分会. 经皮冠状动脉介入治疗指南 [J]. 中华心血管病杂志, 2009, 37(1):4-24.
- [7] 陈可冀,史大卓,徐浩,等. 活血化瘀中药干预冠心病介入治疗后狭窄的多中心临床及机理研究/2005 年中国中西医结合学会科学技术奖一等奖项目摘要 [J]. 中国中西医结合杂志, 2006, 26(1):9.
- [8] 张敏州,王磊. 邓铁涛对冠心病介入术后患者的辨证论治 [J]. 中医杂志, 2006, 7(47):48.

(收稿日期 2014-09-06)

(上接第 34 页)

行气活血化瘀散结,解除血肿压迫为主^[4]。

脑出血可导致血肿周围区出现继发性的神经元凋亡^[5],杨云芳等对脑出血后的细胞凋亡进行了研究,认为其与缺氧诱导因子表达有关^[6]。另外,脑组织损伤后在受损区域内有大量细胞因子表达以及炎性细胞的浸润,同时,炎性因子过度表达又可加重脑组织损伤。脑出血缺血发生后,血浆及脑组织的 TNF- α 、IL-6、MMP-9 等的含量均出现变化,并且随着时间的变化而变化。

近年来研究表明,三七总皂苷具有抗血栓、抗炎、清除自由基、阻断钙通道、保护神经、抑制神经细胞的凋亡、改善微循环等作用^[7],三七总皂苷可以促进脑出血后神经功能缺损的恢复,抑制炎症反应递质的表达,一定程度下调 TNF- α 、IL-6、MMP-9^[8],在不同时间给予急性期脑出血大鼠三七治疗可以抑制血肿周围区的神经细胞凋亡,最终能够减轻急性期脑水肿,减少血肿体积^[9]。同时,三七总皂苷还能降低脑出血患者血浆中的 MMP-9 的表达,从而抑制脑水肿的形成,减轻神经的损伤^[10]。

本研究结果显示,大鼠在发生脑出血以后,炎症反应迅速激活,短时间内(本实验 48 h)炎性介质 IL-6 以及 MMP-9 迅速升高,可持续上升至造模第 7 日。而三七总皂苷之所以能够改善神经功能的缺损状况,可能是通过抑制炎症介质释放,减少各种炎性细胞游走与浸润,从而降低血脑屏障的通透性。综上所述,三七总皂苷作为中药三七的重要活血成分,具有很好的化瘀作用,其可以保护脑髓,促进神机恢复,安全性良好,可以

在脑出血早期应用。

参 考 文 献

- [1] 李彦,陈文超,李炳. 三七皂苷 Rb1 对缺氧缺血性脑损伤新生大鼠海马组织血红素加氧酶-1 表达的影响 [J]. 实用儿科临床杂志, 2010, 25(18):1422-1424.
- [2] 唐映红,黄小平,谭华,等. 三七总皂苷对脑缺血再灌注后神经元凋亡及凋亡线粒体途径和 c-Jun 氨基末端激酶表达的影响 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 16(16):129-136.
- [3] 张建平,司银楚,朱培纯. 三七总皂苷促进脑出血后脑内神经元的存活及损伤修复 [J]. 中成药, 2010, 32(5):844.
- [4] 王恰如,王雷芳,沈海. 三七总皂苷与参麦注射液对大鼠脑出血后脑水肿、行为学变化的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2011, 31:289.
- [5] 刘海洋,孙征,王登科,等. 黄芪联合丹参注射液对大鼠脑出血半暗带区神经元凋亡抑制作用的研究 [J]. 时珍国医国药, 2012, 23(8):1892.
- [6] 杨云芳,白雪,江云东,等. 蛭龙活血通瘀胶囊对脑出血大鼠神经细胞凋亡与缺氧诱导因子-1 α 蛋白表达的作用研究 [J]. 时珍国医国药, 2012, 23(4):964.
- [7] 杨挺,蒋赞利,茅祖斌. 血塞通在中枢神经系统疾病中的应用 [J]. 现代医学, 2010, 38(1):86.
- [8] 赵雪松,陈志刚,徐枝芳,等. 早期使用三七总皂苷对大鼠脑出血炎症反应的影响 [J]. 世界中医药, 2013, 8(7):789.
- [9] 陈晓锋,宋孝光. 急性期脑出血大鼠不同时间内给予三七治疗的作用对比研究 [J]. 时珍国医国药, 2012, 23(3):586.
- [10] 王薇. 三七总皂苷对脑出血患者血肿吸收及血浆基质金属蛋白酶-9 的影响 [J]. 中草药, 2011, 42(5):963-965.

(收稿日期 2014-11-01)

· 研究报告 ·

风湿宁五号方辨治类风湿性关节炎疼痛症状急性加重的临床研究*

邢 彤¹ 李鞍英² 陈卫莉²

(1. 河北省唐山京城皮肤病医院, 河北 唐山 063000; 2. 河北省唐山市中医医院, 河北 唐山 063000)

中图分类号: R593.22 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0047-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.016

【摘要】目的 观察风湿宁五号方辨治急性类风湿性关节炎临床效果。**方法** 将 94 例急性类风湿性关节炎患者分成观察组 49 例和对照组 45 例, 对照组予以常规西药治疗, 观察组在对照组基础上加用风湿宁五号方治疗, 观察两组临床疗效。**结果** 观察组显效率 65.31%, 总有效率 87.76%, 明显高于对照组之 44.44% 和 71.11% ($P < 0.05$); 治疗后观察组关节指数、关节痛度、关节肿胀、晨僵、握力、关节周径、关节功能和炎症指标等指标改善明显优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 风湿宁五号方辨治急性类风湿性关节炎临床效果显著。

【关键词】 急性类风湿性关节炎 风湿宁五号方 临床疗效

Clinical Research of Anti-rheumatism 5 Decoction on Pain Symptom of Rheumatoid Arthritis XING Tong¹, LI Anying², CHEN Weili². 1 Tangshan City Dermatology Hospital, Hebei Province, Hebei, Tangshan 063000, China; 2 Traditional Chinese Medicine Hospital of Tangshan City, Hebei Province, Hebei, Tangshan 063000, China

【Abstract】Objective: To study the effect of the anti-rheumatism 5 decoction in rheumatoid arthritis. **Methods:** 94 rheumatoid arthritis patients was divided randomly into 2 groups including the control group with conventional western medicine treatment and the observation group in the control group on the basis of treatment with the anti-rheumatism 5 decoction. The differences between the two groups were observed after treatment in clinical effect. **Results:** In the control group, the efficiency of 44.44% and the total effective rate 71.11% in the control group were lower significantly than the efficiency 65.31% and total effective rate 87.76% in the observation group ($P < 0.05$). There were some remarkable differences between 2 groups in the indices including the joints, joint pain, joint swelling, morning stiffness, grip strength, joint diameter, joint function and inflammatory biomarkers ($P < 0.05$). **Conclusion:** Anti-rheumatism 5 decoction can treat remarkably rheumatoid arthritis clinical.

【Key words】 Acute rheumatoid arthritis; Anti-rheumatism 5 decoction; Clinical effect

类风湿性关节炎是一种以关节滑膜炎为特征的慢性、对称性关节病变为主的自身免疫性疾病, 病变呈持续的反复发作性, 后期会进展为受累关节强直、僵硬和功能障碍等, 是免疫疾病中治疗最棘手的类型之一。其在缓解期往往症状不明显, 患者可耐受, 而在急性期则难以忍受, 需及时处理。近年, 中医药在治疗急性类风湿性关节炎上有一定的效果, 笔者所在医院采用风湿宁五号方辨治急性类风湿性关节炎取得较好的临床效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 急性类风湿性关节炎诊断标准符合以下任何 4 项及以上: 每日晨僵超过 1 h 且持续 6 周

以上; 至少有 3 个以上关节肿胀且持续 6 周以上; 近端指间关节肿胀超过 6 周; 关节对称性肿胀; X 线检查为急性类风湿性关节炎改变; 类风湿因子滴定度在 1:32 以上; 皮下可见有类风湿结节^[1]。

1.2 临床资料 选取 2010 年 2 月至 2013 年 4 月 94 例急性类风湿性关节炎患者为研究对象, 分成对照组 45 例和观察组 49 例。其中对照组男性 34 例, 女性 11 例; 年龄 20~67 岁, 平均 (45.8 ± 4.2) 岁; 病程 3 个月至 14 年, 平均 (6.9 ± 2.3) 年; 行痹 21 例, 痛痹 10 例, 着痹 6 例, 其他 8 例。观察组男性 36 例, 女性 13 例; 年龄 21~65 岁, 平均 (46.1 ± 4.1) 岁; 病程 4 个月至 13 年, 平均 (7.2 ± 2.2) 年; 行痹 23 例, 痛痹 11 例, 着痹 7 例, 其他 8 例。两组患者在性别、年龄、病程等方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

* 基金项目: 河北省中医药管理局科研项目 (2013236)

1.3 治疗方法 对照组采用西医治疗:雷公藤多苷片(上海复旦复华药业有限公司,国药准字 Z31020415) 20 mg,每日 2 次;塞来昔布胶囊(辉瑞制药有限公司,国药准字 J20080059)0.2 g,每日 1 次;甲氨蝶呤(广东岭南制药有限公司,国药准字 H20013089)10 mg,每周配 0.9%氯化钠注射液 100 mL 静滴。观察组在对照组基础上加用风湿宁五号方治疗,药物组成:羌活、独活各 20 g,青风藤 15 g,肉桂 10 g,三棱 10 g,川芎 20 g,牛膝 30 g,甘草 6 g。其中类风湿因子阳性加雷公藤;血沉增高明显,抗“O”阳性者加白花蛇舌草、乌梢蛇等;发热明显者加射干、麻黄、鱼腥草、石膏、知母等;上肢疼痛明显加桑叶等;肿胀活动期加金银花、半枝莲、土茯苓等;伴腰膝酸软加熟地黄、何首乌、桑寄生等滋补肝肾;口咽干燥加生地、黄芩等清热解毒。

1.4 疗效标准 结合《中药新药临床研究指导原则》进行疗效评定^[2]。显效:主要症状明显改善,疗效指数为 75%以上。有效:主要临床症状明显好转,疗效指数在 30%~75%。无效:治疗前后无改善,疗效指数低于 30%。

1.5 观察指标 观察两组治疗前后在关节指数、关节痛度、关节肿胀、晨僵、握力、关节周径、关节功能等方面变化情况,比较在炎症因子白介素(IL)-1、IL-6,肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、C 反应蛋白 (CRP)、血沉 (ESR)等方面变化情况。

1.6 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件。计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗后临床效果情况比较 见表 1。结果显示观察组总有效率优于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗后临床疗效情况比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
观察组	49	32	11	6	43(87.76) [△]
对照组	45	20	12	13	32(71.11)

与对照组比较,[△] $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后相关指标比较 见表 2。与治疗前比较,治疗后两组关节指数、关节痛度、关节肿胀、晨僵、握力、关节周径、关节功能等均有明显改善($P < 0.05$),治疗后组间比较,观察组优于对照组($P < 0.05$)。

2.3 两组治疗前后炎症指标情况比较 见表 3。与治疗前比较,治疗后两组 IL-1、IL-6、TNF- α 、CRP、ESR 等均有明显改善($P < 0.05$),治疗后组间比较,观察组优于对照组($P < 0.05$)。

3 讨论

急性类风湿性关节炎属于中医“痹证”范畴,就病

表 2 两组治疗前后关节指数等情况比较($\bar{x} \pm s$)

观察指标	对照组(n=45)		观察组(n=49)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
关节指数	18.34 $\pm$ 10.44	15.46 $\pm$ 7.46 [*]	17.89 $\pm$ 9.97	13.13 $\pm$ 5.67 ^{*△}
关节痛度	2.79 $\pm$ 0.67	2.57 $\pm$ 0.55 [*]	2.81 $\pm$ 0.65	2.33 $\pm$ 0.45 ^{*△}
关节肿胀	11.37 $\pm$ 6.78	10.12 $\pm$ 5.67 [*]	11.42 $\pm$ 6.68	8.63 $\pm$ 4.35 ^{*△}
晨僵	122.56 $\pm$ 105.56	103.24 $\pm$ 97.68 [*]	123.23 $\pm$ 102.45	87.47 $\pm$ 85.54 ^{*△}
握力	54.46 $\pm$ 13.67	60.25 $\pm$ 12.14 [*]	55.12 $\pm$ 13.77	67.78 $\pm$ 12.56 ^{*△}
关节周径	17.35 $\pm$ 8.94	15.24 $\pm$ 7.89 [*]	17.43 $\pm$ 8.87	13.34 $\pm$ 6.56 ^{*△}
关节功能	2.58 $\pm$ 0.79	2.67 $\pm$ 0.81 [*]	2.62 $\pm$ 0.82	2.89 $\pm$ 0.89 ^{*△}

与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$ 。下同。

表 3 两组治疗前后炎症指标情况比较($\bar{x} \pm s$)

观察指标	对照组(n=45)		观察组(n=49)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
IL-1(pg/mL)	83.47 $\pm$ 23.46	76.57 $\pm$ 19.57 [*]	84.13 $\pm$ 22.25	65.56 $\pm$ 13.36 ^{*△}
IL-6(pg/mL)	79.46 $\pm$ 18.57	70.53 $\pm$ 12.34 [*]	78.90 $\pm$ 19.12	51.24 $\pm$ 7.57 ^{*△}
TNF- α (pg/mL)	2.57 $\pm$ 1.57	2.41 $\pm$ 1.32 [*]	2.62 $\pm$ 1.55	1.89 $\pm$ 1.21 ^{*△}
CRP(mg/L)	48.35 $\pm$ 21.46	31.16 $\pm$ 16.46 [*]	50.13 $\pm$ 21.57	17.46 $\pm$ 13.35 ^{*△}
ESR(mg/L)	67.68 $\pm$ 45.35	32.57 $\pm$ 40.24 [*]	68.34 $\pm$ 44.25	21.67 $\pm$ 23.77 ^{*△}

因病机上,“风寒湿三气杂至,合而为痹也”,“邪之所凑,其气必虚”。所以本病为本病正气虚弱是根本原因,而外感因素则为主要的诱因,在治疗上以“宣通”为主,使气血流畅,营卫复常,则痹痛自可逐渐痊愈^[3]。

目前西医在治疗急性类风湿性关节炎上主要是应用非甾体抗炎药,改善病情的抗风湿药和糖皮质激素和植物药制剂等,但这些药物均有不同程度的不良反应,长期应用会出现不良反应和耐药性。而中医药则不良反应低且耐药性较低^[4]。

在本次研究中,风湿宁五号方中药物组成有羌活、独活、青风藤、肉桂、三棱、川芎、牛膝等。羌活祛风散寒止痛,独活祛风解表,除湿止痛,两者一个祛除上半身风寒湿邪,一个为祛除下半身风寒湿邪,共为君药;青风藤散寒祛风湿,通经络,三棱行气止痛,川芎活血行气,祛风止痛,牛膝补肝肾强筋骨,活血止痛,以上药物均为臣药;肉桂温通经脉,助阳化气,为佐药,而甘草调和诸药,且有止痛作用,为使药^[5]。诸药合用,共奏祛风散寒、除湿止痛的功效。而药理学研究表明,羌活、独活中的含挥发油和香豆类化合物有解热镇痛和抗炎作用;青风藤有抗炎和促进血液循环的作用;肉桂可改善周围微循环,解痉镇痛;三棱提取物则有抑制淋巴细胞并且可抑制环氧酶的作用,在提高临床效果同时可减少副作用;川芎有抑制代谢活化酶,调节机体免疫力,调节淋巴细胞的作用,同时对减轻血液黏稠度,改善血液循环也有显著临床效果;牛膝有显著的抗炎镇

(下转第 87 页)

· 研究报告 ·

394 例南京地区血脂异常人群与中医体质类型的相关性研究*

谷 鑫¹ 吴承玉^{1△} 薛 静²

(1.南京中医药大学,南京 210046;2.江苏省南京市胸科医院,江苏 南京 210000)

中图分类号:R589.2 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)01-0049-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.017

【摘要】目的 研究南京地区血脂异常人群的中医体质类型的分布。**方法** 采用病史结合生化全套检查的方法,对南京中医药大学国医堂门诊部的就诊患者、南京胸科医院住院患者、南京市以及周边社区的人群进行相关检查,对受检人群进行中医体质标准化量表调查,分析研究该人群的体质分布特点。**结果** 394 例南京地区血脂异常的人群中偏颇体质以气虚和阴虚体质居多;血脂异常人群中阴虚体质、痰湿体质、气郁体质、血瘀体质的女性比男性多见;血脂异常的男性以气虚体质多见,血脂异常的女性以气郁体质多见;30~39 岁和 40~49 岁年龄段血脂异常人群同以气郁体质多见,50~59 岁年龄段血脂异常人群以痰湿体质多见,60 岁以上年龄段血脂异常人群以阴虚体质多见。**结论** 南京地区血脂异常人群的中医体质在整体分布以及不同年龄段和不同性别的分布中均有较大的差异。

【关键词】 血脂异常 南京地区 中医体质

Study on the Relationship between 394 Cases of Abnormal Blood Lipid in Nanjing and Different Types of TCM Body Constitution GU Xin¹, WU Chengyu¹, XUE Jing². 1 Nanjing University of Chinese Medicine, Jiangsu, Nanjing 210046, China; 2 Nanjing Chest Hospital, Jiangsu Province, Jiangsu, Nanjing 210000, China

【Abstract】Objective: To investigate the distribution of TCM body constitution among people having abnormal blood lipid in Nanjing. **Methods:** With the method of combining the disease history with biochemistry analysis examination, patients from outpatient department of Guoyitang of Nanjing University of Chinese medicine, inpatient department of Nanjing chest hospital and people living in the adjacent community were tested by Constitution in TCM Questionnaire. This population's distribution characteristics of body constitution were also analyzed. **Results:** There were more qi-deficient constitution and yin-deficient constitution of unbalanced constitutions among 394 cases with abnormal blood lipid in Nanjing. There were more females than males of yin-deficient, phlegm-dampness constitution and blood stasis constitution among abnormal blood lipid's people. Males with abnormal blood lipid mainly belonged to qi-deficient constitution, while females mainly were qi-depressed constitution. People with abnormal blood lipid among age 30~39 and 40~49 mainly were qi-depressed constitution. People with abnormal blood lipid among age 50~59 mainly were phlegm-dampness constitution. People with abnormal blood lipid beyond age 60 mainly were yin-deficient constitution. **Conclusion:** There is a great difference in the TCM body constitution between whole distribution age and sex of people with abnormal blood lipid in Nanjing. **【Key words】** Abnormal blood lipid; Nanjing district; TCM body constitution

血脂异常主要是指血浆或血清总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、甘油三酯(TG)水平升高和(或)高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)水平降低。现代研究发现,血脂异常是心肌梗死、脑卒中等致残、致死性动脉粥样硬化性疾病的重要独立危险因素之一^[1]。故针对血脂异常易患人群的早期识别及干预对患者以及临床工作者显得尤为重要。体质是指人体生命过程

中,在先天禀赋和后天获得的基础上形成的形态结构、生理功能和心理状态方面综合的、相对稳定的固有特质,是人类在生长、发育过程中所形成的自然、社会环境相适应的人体个性特征^[2]。本研究通过对南京地区血脂异常人群进行中医体质的相关性研究,明确血脂异常人群的中医体质类型的分布,阐释不同体质类型的血脂异常人群的病因病机,从而帮助患者了解自身的体质以及易患疾病的情况,辅助临床工作者进行相关疾病的预防干预及诊治。

* 基金项目:江苏省普通高校研究生科研创新计划项目(KYZZ_0268)

△通信作者(电子邮箱:chengyu720@163.com)

1 研究内容及方法

1.1 研究对象 于 2012 年 9 月至 2014 年 5 月选取南京地区的人群。

1.2 研究方法 采用临床信息与调查问卷相结合的方法,对研究对象进行血脂异常的筛选调查与中医体质类型的研究分析。(1)在《中国成人血脂异常防治指南》^[3]的指导下,采用病史结合生化全套检查的方法,对南京中医药大学国医堂门诊部的就诊患者、南京胸科医院二病区住院患者、南京市以及周边社区的人群进行相关检查,筛选出血脂异常的患者;(2)采用北京中医药大学王琦教授的中医体质标准化量表^[4]对步骤(1)中筛选出的血脂异常的人群进行体质问卷调查,明确其中医体质类型;(3)对步骤(2)筛查出的样本进行描述性统计,初步阐释血脂异常患者中医体质类型的特异性。

2 研究结果

见表 1~表 4。通过步骤(1),接受检查人数 610 例,筛除非血脂异常 112 例;步骤(2),对步骤(1)中剩余 498 例样本进行中医体质量表调查,筛除兼夹体质 104 例,剩余单一体质血脂异常样本 394 例,分别为平和体质 58 例,气虚体质 63 例,阳虚体质 55 例,阴虚体质 61 例,痰湿体质 55 例,湿热体质 34 例,气郁体质 54 例,血瘀体质 13 例,特禀体质 1 例。

表 1 体质类型描述统计表

体质	频次	频率(%)	体质	频次	频率(%)
平和	58	14.72	湿热	34	8.63
气虚	63	15.99	气郁	54	13.71
阳虚	55	13.96	血瘀	13	3.30
阴虚	61	15.48	特禀	1	0.25
痰湿	55	13.96	合计	394	100.00

表 2 不同性别的中医体质类型描述统计表

体质	男性		女性		合计	
	频次	频率(%)	频次	频率(%)	频次	频率(%)
平和	29	50.00	29	50.00	58	100.00
气虚	30	47.62	33	52.38	63	100.00
阳虚	25	45.45	30	54.55	55	100.00
阴虚	23	37.70	38	62.30	61	100.00
痰湿	16	29.09	39	70.91	55	100.00
湿热	16	47.06	18	52.94	34	100.00
气郁	6	11.11	48	88.89	54	100.00
血瘀	3	23.08	10	76.92	13	100.00
特禀	1	100.00	0	0	1	100.00

3 讨论

结果显示,394 例南京地区血脂异常的人群中偏颇

表 3 相同性别的中医体质类型描述统计表

体质	男性		女性	
	频次	频率(%)	频次	频率(%)
平和	29	19.46	29	11.84
气虚	30	20.13	33	13.47
阳虚	25	16.78	30	12.24
阴虚	23	15.44	38	15.51
痰湿	16	10.74	39	15.92
湿热	16	10.74	18	7.35
气郁	6	4.03	48	19.59
血瘀	3	2.01	10	4.08
特禀	1	0.67	0	0
合计	149	100.00	245	100.00

表 4 不同年龄体质类型描述统计表

体质	30~39 岁		40~49 岁		50~59 岁		60 岁以上	
	频次	频率(%)	频次	频率(%)	频次	频率(%)	频次	频率(%)
平和	3	23.08	15	12.40	19	17.12	21	14.09
气虚	1	7.69	19	15.70	15	13.51	28	18.79
阳虚	2	15.38	13	10.74	14	12.61	26	17.45
阴虚	2	15.38	12	9.92	12	10.81	35	23.49
痰湿	2	15.38	10	8.26	23	20.72	20	13.42
湿热	0	0	13	10.74	15	13.51	6	4.03
气郁	3	23.08	37	30.58	7	6.31	7	4.70
血瘀	0	0	2	1.65	5	4.50	6	4.03
禀赋	0	0	0	0	1	0.90	0	0
合计	13	100.00	121	100.00	111	100.00	149	100.00

体质以气虚和阴虚体质居多,其次为阳虚体质、痰湿体质、气郁体质;从性别角度分析,血脂异常人群中阴虚体质、痰湿体质、气郁体质、血瘀体质的女性比男性多见;血脂异常的男性以气虚体质多见,血脂异常的女性以气郁体质多见。通过对该人群不同年龄段的统计分析,30~39 岁年龄段血脂异常人群以气郁体质多见,40~49 岁年龄段血脂异常人群同以气郁体质多见,50~59 岁年龄段血脂异常人群以痰湿体质多见,60 岁以上年龄段血脂异常人群以阴虚体质多见。

体质秉承于先天,得养于后天,各种先天因素、后天因素和环境因素都对体质的形成产生作用。表 1 示,南京地区血脂异常的人群以气虚和阴虚体质占多数,由于南京地区生活节奏相对较快,工作家庭以及社会压力较大,易肝郁不疏,木郁伐脾,导致脾气虚弱,易表现出气虚体质的症状;由于地处经济发达地区,工作生活通宵达旦的现象较为普遍,久则易耗伤阴液,疏于调理,易表现出阴虚体质的症状。

表 2 示,同一种体质类型中阴虚体质、血瘀体质、气郁体质、痰湿体质的女性明显多于男性,表明上述 4

种体质的女性比男性更易患血脂异常,多因女性以肝气不疏为主。女性以肝为先天^[5],易肝郁不解,肝郁气结,气机运行不畅,水液运化失常久聚成痰,痰湿内停而致血脂异常,所以气郁体质、痰湿体质较多;又肝气不疏,脾气失健而致脾阳不振,温化水湿功能失职,导致痰湿凝聚成瘀,故血瘀体质也较多见;再者,女性情绪不畅难解,久则肝郁伐脾,脾运失健,运化水湿失职,不能化成津液,导致阴液生成不足,又肝郁气滞化火,火灼阴液,导致阴液亏少,进而加重阴虚症状,故临床阴虚体质也为多见。

表 3 示,血脂异常的男性人群中偏颇体质以气虚体质多见,多由于南京地区工作生活节奏较快,男性的家庭以及工作压力较大,久而导致易肝郁伐脾,导致脾气虚弱,出现气虚体质的症状;郑贵力等^[6]认为脾虚气弱为该病之本,脾运失健,脾不散津,导致膏脂留滞脉络,形成血脂异常。吴同启^[7]认为血脂异常的症状以乏力较多见;钱卫东^[8]认为应将健脾之法贯穿治疗血脂异常的治疗。表 3 示,血脂异常的女性人群中偏颇体质以气郁体质多见,古代医家认为“女子以肝为先天”,肝的功能直接影响到女性的身体素质,肝主疏泄,主情志,所以女性疾病均应考虑情志因素,肝气郁结更易导致脾的运化功能失常,体内膏脂失于运化代谢而引起血脂异常。故近代中医妇科名家哈荔田依据“万病不离乎郁,诸郁当属肝”之说,治疗女性疾病时尤重调肝之法^[5]。

表 4 示,30~39 岁和 40~49 岁年龄段的人群均以气郁体质多见,50~59 岁年龄段的人群以痰湿体质多见,60 岁以上年龄段的人群以气虚、阳虚、阴虚体质多见。其多因 30~39 岁和 40~49 岁的年龄段人群均处于事业和家庭的发展期,承受各方面的压力,故该年龄段血脂异常的人群多以气郁体质居多;而 50~59 岁年龄段人群,运动的频率较以往少之,大部分人群开始步入事业的尾期,生活节奏较舒缓,故该年龄段人群也是代谢综合征高发年龄,胡晓抒等^[9]发现江苏省居民具有较高的代谢综合征发生率,并且随着年龄增长,代谢综合征发生率升高,特别是 50 岁以上人群发生率升高更明显。并指出代谢综合征最多见的两种表现形式均有血脂异常。董静^[10]认为痰湿体质是代谢综合征最主要

的危险体质因素,具有脂代谢紊乱等代谢特征。刘艳骄等^[11]也指出痰湿体质人群以 55 岁年龄段出现最多;而 60 岁以上血脂异常人群多因肾阳不足而导致阳气不足蒸化水湿失职,水湿不化久聚生痰,进而痰湿内停,导致血脂异常,所以气虚、阳虚体质多见;又因蒸化水湿失职,水湿不化津液而致阴液不足,且痰湿内停久聚成瘀化火,煎灼阴液,进一步导致阴液亏少,故临床也易出现阴虚体质。

本研究初步对 394 例南京地区血脂异常人群进行了中医体质调查研究,发现该人群的中医体质在整体分布以及不同年龄段以及不同性别的分布中均有较大的差异,为后期对血脂异常人群以及代谢综合征人群的中医体质类型的相关性研究提供有力的研究方法和数据支撑。

参 考 文 献

- [1] 胡大一,王家宏.我国血脂异常防治现状[J].中国实用内科杂志,2009,29(1):2-4.
- [2] 王琦.中医体质学[M].北京:人民卫生出版社,2009:3,256,295-305.
- [3] 《中国成人血脂异常防治指南》制定联合委员会.中国成人血脂异常防治指南[M].北京:人民卫生出版社,2007:1-69.
- [4] ZYXXH/T 157-2009,中医体质分类与判定[S].
- [5] 张素香.“女子以肝为先天”理论及临床意义[J].山东中医杂志,2010,29(2):80-81.
- [6] 郑贵力,王煦,王绵之.王绵之教授治疗高脂血症学术思想及经验[J].北京中医药大学学报,2000,21(2):21.
- [7] 吴同启.从脾肝论治高脂血症 60 例[J].陕西中医,2004,25(2):133-134.
- [8] 钱卫东,钱小奇.高脂血症中医论治法则探讨[J].陕西中医,2002,22(8):712-713.
- [9] 胡晓抒,郭志荣,周慧,等.江苏省 35~74 岁人群代谢综合征的流行病学调查[J].中华流行病学杂志,2006,27(9):751-756.
- [10] 董静.痰湿体质基础研究机其与代谢综合征相关性的探索[D].北京:北京中医药大学,2007.
- [11] 刘艳骄,王琦.肥胖人痰湿体质与糖尿病相关性研究[J].山东中医学院学报,1993,17(2):34-39.

(收稿日期 2014-10-03)

欢迎投稿·欢迎订阅

心元胶囊治疗冠心病心绞痛有效性及安全性的 Meta 分析*

高长春 林淑梅 徐国良[△] 秦 玲

(吉林大学第一医院二部, 吉林 长春 130031)

中图分类号: R541.4 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0052-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.018

【摘要】目的 用 Meta 分析的方法来研究心元胶囊治疗冠心病心绞痛的疗效及临床上应用是否安全。**方法** 通过应用计算机对 Cochrane 图书馆临床对照试验资料库(2014 年第 2 期)、中国(CNKI)学术文献总库(1979 年至 2014 年 6 月)、万方数字化期刊库(1981 年至 2014 年 6 月)、中文科技期刊数据库(1989 年至 2014 年 6 月)、Pubmed(1966 年至 2014 年 6 月)、Embase(1966 年至 2014 年 6 月)进行检索,对临床随机对照试验按照一定的入选标准和排除标准进行选择、对文献的质量进行评价,从中找到所需要的数据,应用软件 RevMan 5.3 对提取的数据来进行 Meta 分析。**结果** 经过初步检索,有 269 篇文献入选,按照入选标准和排除标准最终 6 篇关于心元胶囊治疗冠心病心绞痛的随机对照研究入选。应用心绞痛缓解作为标准: $\chi^2=5.28$, $df=5$, $P=0.38$, 合并 $OR=4.94$, 95% $CI[2.94, 8.28]$, $Z=6.05$ ($P<0.00001$);应用心电图改善作为标准: $\chi^2=5.84$, $df=5$, $P=0.32$, 合并 $OR=2.70$, 95% $CI[1.89, 3.86]$, $Z=5.44$ ($P<0.00001$);各试验组均未发现严重的不良反应。**结论** 心元胶囊治疗冠心病心绞痛缓解心绞痛症状及改善心电图都是有效的,且临床应用安全。

【关键词】 心元胶囊 冠心病 心绞痛 Meta 分析

A Meta analysis of Xinyuan Capsule in Treating Patients with Unstable Angina GAO Changchun, LIN Shumei, XU Guoliang, et al. The First Hospital of Jilin University, Jilin, Changchun 130031, China

【Abstract】Objective: To approach the efficacy and safety of Xinyuan Capsule in treating patients with unstable angina (UA). **Methods:** We searched the Cochrane Central Register of Controlled Trials (Issue2, 2014), MEDLINE(1991 to June 2014), Embase(1991 to June 2014), CBMdisc(1991 to June 2014) and CNKI(1994 to June 2014). We also hand searched relevant journals and conference proceedings. Randomized controlled trials (RCTs) in which Xinyuan Capsule was used to treat patients with UA were collected. Then we screened the retrieved studies according to predefined inclusion and exclusion criteria, evaluated the quality of included studies, and performed meta analyses by using RevMan 5.3 software. Therapeutic effects of angina pectoris and efficacy of electrocardiogram (ECG) were selected as the study indices. **Results:** A total of 266 articles were found and 6 of which were finally included. Therapeutic effects of angina pectoris were selected as the study indices, $\chi^2=5.28$, $df=5$, $P=0.38$. $OR=4.94$, 95% $CI [2.94, 8.28]$, $Z=6.05$ ($P<0.00001$). ECG were selected as the study indices, $\chi^2=5.84$, $df=5$, $P=0.32$. $OR=2.70$, 95% $CI [1.89, 3.86]$. $Z=5.44$ ($P<0.00001$). **Conclusion:** Xinyuan Capsule is effective and safe to treat patients with unstable angina.

【Key words】 Xinyuan Capsule; Coronary heart disease; Unstable angina; Meta analysis

动脉粥样硬化引起靶器官病变的最常见类型就是冠心病,冠心病也是危害人类健康的常见病。随着人们生活水平的提高,发病趋势也呈现年轻化,已严重威胁到了人类的健康^[1]。冠心病有 5 大分型,其中心绞痛是其中的一个^[2]。丹参、麦冬、何首乌等中药成分是心元胶囊的主要成分,具有活血化瘀及营养心肌的作用,通过动物实验的研究发现心元胶囊在降低左心室压力的

作用同时具有降低血压的作用,能够使冠状动脉扩张,改善心肌缺血,缓解临床症状,延缓病情的发展^[3]。心元胶囊在临床广泛使用,目前对该药物还没有一个系统评价其有效性与安全性,本研究对心元胶囊治疗冠心病心绞痛进行 Meta 分析,以期在临床疗效及安全性方面提供有效的证据。

1 资料与方法

1.1 文献入选标准 (1)选择文献的类别。入选的试验为随机对照试验(RCT),入选的药物为心元胶囊,入

* 基金项目:吉林省科技厅科研项目(200905138)

[△] 通信作者(电子邮箱: xugl@jlu.edu.cn)

选的疾病为冠心病心绞痛,入选的试验具有相似的研究方法并且有统一的统计指标且每个试验有齐全的实验数据。(2)入选疾病的标准。所有患者诊断均符合《心血管系统药物临床研究指导原则》中冠心病心绞痛的标准^[4]。(3)治疗方法。治疗组应用心元胶囊同时改善冠状动脉血流,防止血栓形成,改善心肌供血,对照组常规使用改善冠状动脉血流,防止血栓形成,改善心肌供血治疗。(4)统计指标。通过缓解心绞痛及改善心电图来评价治疗效果。心电图疗效判定标准:按照《中国常见心脑血管疾病诊治指南》中的标准^[5]。心绞痛疗效判定标准:采用“中西医结合治疗冠心病、心绞痛、心律失常研究座谈会”上所修订的标准^[6]。根据患者的症状,体格检查及化验检查来判断不良事件的发生。(5)要求发表的文献用中文或英文撰写。

1.2 选取文献的方法 按照 Cochrane 协作网工作手册 4.2.7 的要求计算机检索 Cochrane 图书馆临床对照试验资料库(2014 年第 2 期)^[7]、中国(CNKI)学术文献总库(1979 年至 2014 年 6 月)、万方数字化期刊库(1981 年至 2014 年 6 月)、中文科技期刊数据库(1989 年至 2014 年 6 月)、Pubmed(1966 年至 2014 年 6 月)、Embase(1966 年至 2014 年 6 月)、Pubmed(1966 年至 2014 年 6 月)、Embase(1966 年至 2014 年 6 月),手工检索相关文献,在中文文献中应用“心元胶囊”、“心绞痛”、“冠心病”作为检索词,在英文文献中应用“Xinyuan capsule”、“Angina, Coronary Heart Disease”作为检索词。作为补充检索的是根据查找的符合入选标准的文献,再参考该文献的参考文献进行检索。

1.3 对查到的文献进一步筛选 对符合入选标准的文献,2 名评价员分别阅读筛选,首先阅读文献,通过阅读摘要排除不符合入选标准的文献,对有可能符合入选标准的文献,通读全文,以明确该文献是否入选,以确定是否真正符合入选标准。然后根据两人的入选文献相互核对,入选的文献不同时相互讨论以达成一致意见,如未能达成一致意见时寻求第三方意见。

1.4 对文献的质量进行评价 对符合入选标准的文献,应用 Jadad 等制定的量表来评价文献的质量^[8]。总分计量评分分为 1~5 分,低质量的文献的评分为 1~2 分,高质量的文献的评分为 3~5 分。

1.5 对文献进行数据分析 应用 RevMan5.3 专用软件来进行数据分析,该软件是在 Cochrane 协作网下载的,是专门用于 Meta 分析的软件,2 名评价员把从文献中提取到的数据分别输入该软件。用 χ^2 检验来评价符合入选标准的文献的异质性,异质性的用 I^2 来估测,检验水准 $\alpha=0.10$ 。文献间的异质性较小则 $I^2 \leq 50\%$,合并分析时应用固定效应模型进行分析;文献间有较高的异质性则 $I^2 > 50\%$,合并分析时应用随机效应模型进行分析。

1.6 评估发表偏倚 应用 RevMan 5.3 软件来进行数据分析时,可以作该软件来绘制漏斗图,通过分析漏斗图是否对称来判断是否存在发表偏倚。

2 结果

2.1 入选文献的基本特征 根据检索方法,在各数据库有 269 篇文献被初步检索,对查到的文献进一步筛选,6 篇研究符合入选标准^[9-14]。各文献的基本特征见表 1。

表 1 各文献的基本特征

研究员 及时间	研究 设计	组别	n	退出 例数(n)	剂量和用法	疗程 (d)	有效率(%)		不良反应 发生率(%)
							心绞痛	心电图	
庞明阳等	随机	治疗组	65	0	XY,4粒,tid	14	97.02	74.63	0
2006 年	对照	对照组	45	0	常规治疗		71.42	39.68	0
施宗学等	随机	治疗组	90	0	XY,4粒,tid	28	88.88	72.22	4.44
2005 年	对照	对照组	30	0	常规治疗		73.33	46.67	0
李萍等	随机	治疗组	30	0	XY,4粒,tid	28	93.33	56.67	0
2004 年	对照	对照组	30	0	常规治疗		70.00	40.00	0
滕家良	随机	治疗组	76	0	XY,4粒,tid	90	93.40	82.60	0
2002 年	对照	对照组	38	0	常规治疗		71.10	65.40	0
邓毅等	随机	治疗组	40	0	XY,4粒,tid	90	94.78	80.13	0
2002 年	对照	对照组	40	0	常规治疗		71.58	54.88	5.00
臧吾等	随机	治疗组	40	0	XY,4粒,tid	28	92.50	67.50	0
1997 年	对照	对照组	30	0	常规治疗		90.00	66.60	0

注:XY 为心元胶囊;tid 为每日 3 次。

2.2 文献资料及质量评价 符合入选标准的 6 篇研究均为 RCT;这 6 篇研究中均无退出患者及失访患者,根据 Jadad 评分标准均为 2 分。

2.3 数据分析

2.3.1 根据心绞痛缓解来进行数据分析 同质性检验: $\chi^2=5.28$, $df=5$, $P=0.38$, $I^2=5\%$,据此判断各研究间存在同质性,具有同质性就应用固定模型进行数据,合并 $OR=4.94$,95%CI[2.94,8.28];95%CI 上限及下限都大于 1,说明合并后的结果有统计意义, $Z=6.05$ ($P<0.00001$)。说明应用心元胶囊治疗冠心病心绞痛与对照组相比,在心绞痛的缓解方面差异性比较显著(见图 1,图 2)。

2.3.2 根据心电图的改善来进行数据分析 同质性检验: $\chi^2=5.84$, $df=5$, $P=0.32$, $I^2=14\%$ 。据此判断各研究间存在同质性,具有同质性就应用固定模型进行数据,合并 $OR=2.70$,95%CI[1.89,3.86],CI 上限及下限都大于 1,说明合并后的结果有统计意义, $Z=5.44$ ($P<0.00001$)。结果表明应用心元胶囊来治疗冠心病心绞痛与对照组相比,在心电图的改善方面差异性比较显著(见图 3,图 4)。

2.4 不良反应 6 篇文献中心元胶囊组 3 例诉上腹部不适,对症处置后症状消失,对照组 3 例感头痛,对症

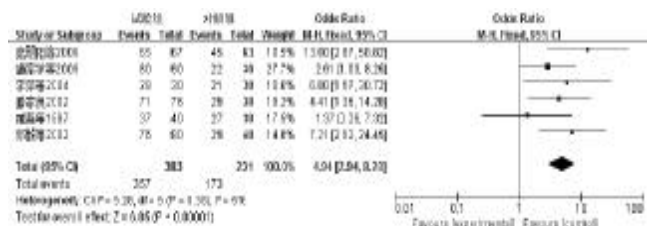


图1 心元胶囊组与对照组心绞痛缓解的森林图

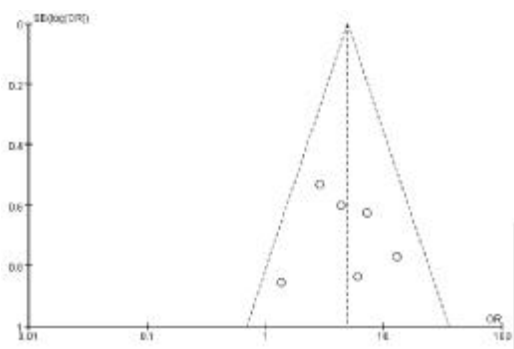


图2 心元胶囊组与对照组心绞痛缓解漏斗图

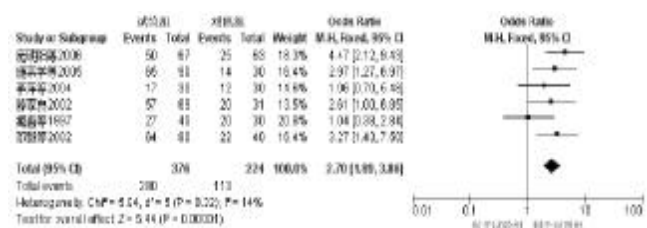


图3 心元胶囊组与对照组心电图改善的森林图

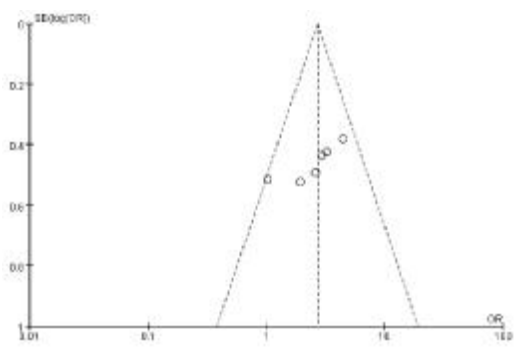


图4 心元胶囊组与对照组心电图改善的漏斗图

处置后消失,所有患者均无严重反应且无因不良反应退出试验者,说明应用心元胶囊安全。

3 讨论

3.1 心元胶囊治疗冠心病心绞痛的有效性与安全性 根据应用心元胶囊组与对照组比较治疗冠心病心绞痛的 Meta 分析结果,心元胶囊组在缓解心绞痛上面比对照组有效,而且在改善心电图上面也较对照组有效;6 篇文献中心元胶囊组 3 例诉上腹部不适,对症处置后症状消失,对照组 3 例感头痛,对症处置后消失,所有患者均无严重反应且无因不良反应退出试验者,说明应用心元胶囊安全。本结果表明心元胶囊治疗冠心病

心绞痛不仅具有很好的疗效而且临床应用比较安全。

3.2 Meta 分析的局限性 本 Meta 分析入选的文献共有 6 篇研究,所有的文献虽然均为 RCT,但是根据 Jadad 评分原则均为 2 分,因为入选的 RCT 在研究的设计上描述的不够详细,也未清楚的说明是采取了什么样的随机方法,以及是否采取了双盲措施,因此就无法判断随机方案是否科学,所以文献质量不高。本试验的观察时间为 14~90 d,虽然在此期间治疗组及对照组都无严重反应,但是由于观察时间短,还不能确定更长时间的应用是否会出现严重不良反应,需要进一步长时间观察才能明确。根据本 Meta 分析结果,心元胶囊组在缓解心绞痛上面比对照组有效,而且在改善心电图上面也比对照组有效,但是也应该看到 Meta 分析也是不是尽善尽美的。如果能够进行大样本的科学方法进行的随机双盲试验,在此基础上再进行 Meta 分析,得出的结果才能更令人信服,才更符合循证医学的证据,由此得出的结论才能更好的指导医疗实践。由于在临床上结果有效的试验容易发表而结果无效的试验不易发表,故 Meta 分析会存在一些偏倚如发表偏倚、研究报道偏倚等,故在 Meta 分析搜集资料时要尽量全面,包括那些未发表的结果无效的文章,这样才能科学运用分析^[15]。用来判断是否存在发表性偏倚时,其中的一种方法就是观察 RevMan 软件绘制的漏斗图,漏斗图对称时发表性偏倚较小,漏斗图不对称时发表性偏倚较大,根据 RevMan5.3 软件绘制了心元胶囊治疗冠心病心绞痛在缓解心绞痛上面及改善心电图上面的漏斗图(图 2,图 4),可以看出漏斗图大致对称,表明入选的研究间的资料不存在大的发表性偏倚^[16-17]。

参 考 文 献

- [1] 葛均波,徐永健. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2013: 227.
- [2] 高润霖. 急性心肌梗死诊断和治疗指南[J]. 中华心血管病杂志,2001,29(12):710-725.
- [3] 凌云. 心元胶囊治疗冠心病疗效观察[J]. 中医急症, 2009,18(2):171,174.
- [4] 贺运河,陈镜合. 中药抗心肌缺血-再灌注损伤作用的机制研究现状[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2004,2(3): 165-167.
- [5] 中华人民共和国卫生部医政司. 中国常见心脑血管疾病诊治指南[M]. 北京:北京科学技术出版社,2000:59-60.
- [6] 1980 年全国内科学术会议关于冠状动脉心脏病命名及诊断标准[J]. 中华内科杂志,1981,20(4):253-255.
- [7] Sackett DL,Clarke M,Oxman AD,et al. Cochrane Reviewers, Handbook 4.2,In Renew Manager[M]. Versions 4.2.Oxford,England:The cochrane collaboration,2002:13-36.
- [8] Jadad AR,Moore A,Carroll D,et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary[J].

- Control Clin Trials, 1996, 17(1): 1-12.
- [9] 庞明阳, 李红心, 丰世慧. 心元胶囊治疗冠心病心绞痛临床观察[J]. 中国中医急症, 2006, 15(1): 16-17.
- [10] 施宗学, 钟宏, 黄文芳. 心元胶囊治疗冠心病心绞痛的疗效及安全性评价[J]. 中国中医急症, 2005, 14(2): 102-103.
- [11] 李萍, 冯平. 心元胶囊治疗冠心病心绞痛临床观察[J]. 中国中医急症, 2004, 13(6): 349-350.
- [12] 滕家良. 心元胶囊治疗老年冠心病 100 例临床观察[J]. 药学进展, 2002, 26(4): 236-238.
- [13] 邓毅, 刘淘真, 曾晓琼. 心元胶囊治疗老年冠心病心绞痛的疗效观察[J]. 西北药学杂志, 2002, 17(3): 126-127.
- [14] 臧吾, 马明彦. 心元胶囊治疗冠心病心绞痛的临床分析[J]. 中成药, 1997, 19(3): 23-24.
- [15] Tonelli MR. The limits of evidence based medicine[J]. Respir Care, 2001, 46(12): 1435-1440.
- [16] Matthias E, George DS, Martin S, et al. Bias in Meta-analysis detected by a simple, graphical test[J]. British Medical Journal, 1998, 315: 629-634.
- [17] Derrick AB, Nancy KL, Caroline S, et al. Anderson Capture-recapture is a potentially useful method for assessing publication bias[J]. Journal of Clinical Epidemiology, 2004, 57: 349-357.

(收稿日期 2014-08-23)

(上接第 6 页)

具有重要的保护作用。心脏过表达 HO-1 的小鼠具有改善缺血/再灌注损伤心功能和抗细胞凋亡作用^[2]。研究认为在动脉硬化斑块中 PPAR γ 可以抑制单核巨噬细胞表达炎性物质减轻炎症反应并具有抑制血管平滑肌细胞游走和增生的作用^[3]。Jagdeep 等^[4]研究发现 PPAR 激动剂罗格列酮能明显降低无糖尿病的冠心病患者 E-选择素血管性假血友病因子、C 反应蛋白、纤维蛋白原和 IRI, 减轻炎症。反应研究发现 ACS 组 PPAR γ mRNA 表达比 SAP 组明显降低 PPAR γ mRNA 表达与冠脉病变支数 病变类型呈负相关进一步说明 PPAR γ mRNA 表达与冠脉病变呈负相关对动脉粥样硬化具有负调控作用。

中医学认为,痰浊由津液凝聚而成,津血同源,都因水谷精微化生。长期恣食肥甘厚味易生痰浊而成为痰浊形成的外因。痰浊一旦形成上犯于胸,致胸阳痹阻,又可壅滞脉道,使气血不能畅行,致心脉痹阻而成胸痹。《景岳全书》“痰饮”认为“果使脾强胃健,如少壮者流,则水谷随食随化,皆成气血,焉得留而为痰”。张仲景论胸痹之脉为阳微阴弦,浮取而微,系胸中阳气虚衰,沉取而弦乃阴寒之邪内盛,痰涎水饮壅阻,邪正搏结,形成胸中阻塞而痛。本实验选用复方稳斑汤,方中全蝎、蜈蚣息风止痉、解毒散结,蜈蚣兼能通络止痛;地龙清热息风、平喘通络止痉,共为君药。陈皮、半夏、白术合用,既能燥湿化痰又可宽胸理气、消痞散结,为臣药。水蛭为虫类活血药、破血逐瘀,为佐药。合方共奏搜风祛瘀通络之功效。风为百病之长,其性善行而数变;痰为百病之祟。风药善于宣畅气机,疏通血络,消除瘀滞,尤其虫类风药更以行走攻窜见长,善通经络壅滞,开启孔窍闭塞,故能通利心络,开通心窍,善止痹痛。近

年来,随着“痰邪致病”理论的深入认识,痰瘀互结被认为是冠心病的重要病机^[5-6]。沈绍功^[7]认为,冠心病的治疗应从传统的“活血化瘀”、“补气活血”转到“补气祛痰”、“痰瘀同治”上来,提出痰浊虚证宜补气祛痰,痰浊实证宜痰瘀同治。

本实验研究结果表明搜风祛痰中药复方稳斑汤能有效干预动脉粥样硬化斑块的形成及破裂。其可能通过调节 HO-1 和 PPAR γ 的表达发挥作用。

参 考 文 献

- [1] William Durante. Heine oxygenase-1 in growth control and its clinical application to vascular disease[J]. Journal of Cellular Physiology, 2003, 195(6): 373-382.
- [2] Yet SF, Tian R, Layne MD, et al. Cardiac-specific expression of hemeoxygenase-1 protects against ischemia and reperfusion injury in transgenic mice[J]. Circ Res, 2001, 2(89): 168-173.
- [3] RE Law, S Goetze, Xiaoping Xi, et al. Expression and function of PPAR γ in rat and human vascular smooth muscle cells[J]. Circulation, 2000, 101: 1311.
- [4] Jagdeep SS, Dahlia C, Juan CK. The effects of rosiglitazone a peroxisome proliferator activated receptor- γ agonist on markers of endothelial cell activation C-reactive protein and fibrinogen levels in non-diabetic coronary artery disease patients[J]. J Am Coll Cardio, 2003, 11(42): 1757.
- [5] 韩学杰. 冠心病心绞痛痰瘀互结证的本质探讨[J]. 中国中医基础医学杂志, 2002, 8(10): 53.
- [6] 徐学勤, 陈庆云. 试论痰瘀与冠心病的相关问题[J]. 中国中医基础医学杂志, 2002, 8(10): 55.
- [7] 沈绍功. 诊治冠心病的新思路[J]. 中国中医急症, 1999, 8(2): 51.

(收稿日期 2014-10-19)

匝迪-5 味丸对急性应激所致行为绝望小鼠的抗抑郁作用研究*

呼日乐巴根^{1,2} 佟海英¹ 莲花² 乌兰其其格² 白 龙² 阿古拉^{2△}

(1.北京中医药大学基础医学院,北京 100029;2.内蒙古医科大学,内蒙古 呼和浩特 010110)

中图分类号:R285.5 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)01-0056-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.019

【摘要】目的 初步观察匝迪-5 味丸的抗抑郁作用。**方法** 通过小鼠悬尾实验(TST)、小鼠强迫游泳实验(FST)及利血平致小鼠抑郁模型,并以盐酸氟西汀为对照,观察连续 7 d 给匝迪-5 味丸后对急性应激所致行为绝望小鼠的影响及腹腔注射利血平诱发抑郁模型小鼠的眼睑下垂、运动不能及体温变化的影响。**结果** 与空白组比较,阳性对照组、匝迪-5 味丸高、中剂量组均能缩短小鼠 TST 不动时间($P<0.01$);与空白组比较,阳性对照组,匝迪-5 味丸高、中、低剂量组均能缩短小鼠 FST 不动时间($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。与模型组比较,阳性对照组,匝迪-5 味丸的高、中、低剂量组明显对抗利血平所致小鼠眼睑下垂、运动不能及体温降低($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。**结论** 匝迪-5 味丸能改善急性应激所致行为绝望小鼠及利血平诱导小鼠抑郁状态,其作用机制值得进一步研究。

【关键词】 匝迪-5 抗抑郁作用 急性应激 行为绝望

Antidepressant Effect of Zadi-5 Pill on Mouse Models with Depressant Hurilebagen^{1,2}, TONG Haiying¹, Lianhua², et al. 1 Basic Medicine College, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 2 Inner Mongolia Medical University, Inner Mongolia, Hohhot 010110, China

【Abstract】Objective: To discuss the antidepressant effect of Zadi-5 Pill. **Methods:** Depressant model was established by the conduct forced swimming test, tail suspension test on mice and reserpine test to make depression model. The effect of Zadi-5 Pill on acute stress caused despair behavior of mice after 7d and recorded rectal temperature change and blepharoptosis and akinesia after ip reserpine. Meanwhile, these indicators were compared to Fluoxetine Hydrochloride group. **Results:** Compared with blank group, positive control group and Zadi-5 Pill high, middle, low dose groups significantly shortened the immobility time in forced swimming test ($P<0.05$) and tail suspension test ($P<0.01$). Compared with the model group, positive control group and Zadi-5 Pill high, middle, low dose groups can reverse the blepharoptosis, the akinesia and abnormally low body temperatures induced by reserpine ($P<0.05$ or $P<0.01$). **Conclusion:** Zadi-5 Pill can significantly reduce acute stress caused despair behavior and reverse depressive state induced by reserpine, and then have anti-depression affect. The pharmacologic mechanism of Zadi-5 Pill may concerned with preventing monoamine metabolites to increase monoamine content.

【Key words】 Zadi-5 Pill; Antidepressant effect; Acute stress; Behavioral despair

抑郁症是一类持久的心境低落状态为主要特征的复杂的情感障碍性精神疾病,其发病率较高且有逐年增加的趋势,危害性大,已成为医学界广泛关注的问题。本病也是急性脑血管病的常见并发症。蒙医学中无此病名,但从其发病外缘、主要临床表现及特征分析与人体“巴达干”、“赫依”和心脏有着密切相关。匝迪-5 味丸(又称肉豆蔻-5 味丸)是蒙医治疗心“赫依”病、心烦失眠、心神不安、胸闷气喘、心绞痛病的常用复方,对

“赫依”病尤为有效。临床上主要用于治疗抑郁症、精神分裂症、心烦失眠等疾病。本药方出自于蒙医经典著作《蒙医成方集》^[1],并收载于《蒙医百科全书·蒙医学》和《中华人民共和国卫生部药品标准·蒙药分册》等^[2-3]。本实验研究选择急性应激所致行为绝望小鼠行为学指标的基础上药物诱导抑郁模型,初步探索匝迪-5 味丸的抗抑郁效应。现报告如下。

1 材料与方法

1.1 实验动物 ICR 小鼠,雄性,体质量(20±2) g,由内蒙古大学实验动物中心[SCXK(蒙)2002-0001]提供。

* 基金项目:内蒙古医科大学“英才培育”项目(2014YCPY003)

△通信作者(电子邮箱:agula372000@126.com)

1.2 药物及试剂 厄迪-5 味丸(乌兰浩特中蒙制药有限公司, 国药准字 Z15021785); 盐酸氟西汀(山西仟源制药股份有限公司, 国药准字 H20073985); 利血平注射液(广东邦民制药厂有限公司, 国药准字 H44021982); 0.9%氯化钠注射液(安徽丰原淮海制药有限公司, 国药准字 H34021875)。

1.3 仪器 TD-200 电子体温计(新乡金象科技有限公司); FA-1104 电子天平(上海精科天美科学仪器有限公司); 数码相机; 自制小鼠悬尾支架; 定时器; 秒表; 注射器等。

1.4 小鼠悬尾实验(TST)^[4] 将正常小鼠适应性饲养 5 d 后随机分为空白组(予等量去离子水), 阳性对照组(予盐酸氟西汀 3.6 mg/kg), 厄迪-5 味丸高、中、低剂量组(分别为厄迪-5 味丸 0.8、0.4、0.2 g/kg), 每组 10 只。各组小鼠均按 0.2 mL/10 g 体质量给药, 连续给药 7 d。于末次给药 1 h 后将小鼠距尾尖部约 1 cm 处用橡皮膏贴固定于悬挂支架上, 头部离台面约 5 cm, 一次悬挂 2 只小鼠, 中间用纸板隔开避免互相干扰。小鼠为克服不正常体位而挣扎一段时间后出现断性不动, 显示绝望状态。倒挂 6 min, 记录后 4 min 内累计不动时间(不动标准为小鼠停止挣扎, 除呼吸外所有肢体均不动)。

1.5 小鼠强迫游泳实验(FST)^[5] 将正常小鼠适应性饲养 5 d 后随机分为空白组(予等量去离子水)、阳性对照组(予盐酸氟西汀 3.6 mg/kg)、厄迪-5 味丸高、中、低剂量组(分别为厄迪-5 味丸 0.8、0.4、0.2 g/kg), 每组 10 只。各组小鼠均按 0.2 mL/10 g 体质量给药, 连续给药 7 d。于末次给药 15 min 后将小鼠单个放入水深 10 cm, 直径 12 cm 的烧杯内, 水温保持在(25±1)℃。置水中 2 min 游泳后开始记录 5 min 内的累计不动时间(不动标准为小鼠停止挣扎或小鼠呈漂浮状态, 四肢有轻微动作以保持头部在水面)。

1.6 小鼠利血平拮抗实验^[6] 将正常小鼠在室温安静环境下适应性饲养 5 d 后随机分为空白组(予等量去离子水)、模型组(予等量去离子水)、阳性对照组(予盐酸氟西汀 3.6 mg/kg)、厄迪-5 味丸高、中、低剂量组(分别为厄迪-5 味丸 0.8、0.4、0.2 g/kg), 每组 10 只。各组小鼠均按 0.2 mL/10 g 体质量给药, 连续给药 7 d。于末次给药后立即腹腔注射 4 mg/kg 利血平注射液, 其中空白组小鼠注射等量 0.9%氯化钠注射液。(1)腹腔注射利血平 2 h 后将小鼠放入直径 7.5 cm 的白纸圆圈内观察 15 s, 并记录各组小鼠的出圈率, 计算运动不能抵抗百分率=(1-运动不能只数/动物总数)×100%, 作组间比较。(2)腹腔注射利血平 2 h 后观察小鼠眼睑不能睁开的个数, 计算眼睑下垂抵抗百分率。眼睑下垂对抗百分率=(1-睁眼不能只数/动物总数)×100%, 作组间比较。(3)注射利血平 3 h 后将体温计探头插入小鼠肛内约 1 cm 测量体温, 并记录各组体温数据, 作组间

比较。

1.7 统计学处理 应用 SPSS17.00 统计软件。所有数据均以($\bar{x} \pm s$)表示, 选用单因素方差分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组小鼠 TST 不动时间的比较 见表 1。与空白组比较, 阳性对照组、厄迪-5 味丸高、中剂量组显著缩短小鼠 TST 不动时间($P < 0.01$)。

表 1 各组小鼠 TST 4 min 累计不动时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	不动时间
空白组	10	107.17±21.54
阳性对照组	10	61.01±24.19**
厄迪-5 味丸高剂量组	10	57.07±23.32**
厄迪-5 味丸中剂量组	10	64.27±19.58**
厄迪-5 味丸低剂量组	10	96.55±31.31

与空白组比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ 。下同。

2.2 各组小鼠 FST 不动时间影响的比较 见表 2。与空白组比较, 阳性对照组、厄迪-5 味丸高、中、低剂量组均显著缩短小鼠 FST 不动时间($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

表 2 各组小鼠 FST 5 min 累计不动时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	不动时间
空白组	10	79.66±6.54
阳性对照组	10	50.79±10.23**
厄迪-5 味丸高剂量组	10	54.71±16.45**
厄迪-5 味丸中剂量组	10	56.86±7.36**
厄迪-5 味丸低剂量组	10	58.15±10.04*

2.3 各组利血平所致小鼠的眼睑下垂、运动不能、体温下降影响的比较 见表 3。与模型组比较, 阳性对照组、厄迪-5 味丸的高、中、低剂量组均明显抵抗小鼠眼睑下垂和运动不能。与空白组比较, 模型组小鼠体温显著低于空白组($P < 0.01$); 与模型组比较, 阳性对照组、厄迪-5 味丸高、中、低剂量组均能抵抗利血平引起小鼠体温降低($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

表 3 各组利血平所致小鼠眼睑下垂、运动不能及体温下降影响的比较

组别	n	眼睑下垂(%)	运动不能(%)	体温(℃, $\bar{x} \pm s$)
空白组	10	—	—	37.07±0.11
模型组	10	10	50	32.99±1.14**
阳性对照组	10	60	90	35.67±0.73 ^{△△}
厄迪-5 味丸高剂量组	10	22	70	33.97±0.90 [△]
厄迪-5 味丸中剂量组	10	20	90	35.24±1.30 ^{△△}
厄迪-5 味丸低剂量组	10	30	80	34.54±1.64 [△]

与模型组比较, [△] $P < 0.05$, ^{△△} $P < 0.01$ 。

3 讨论

抑郁症是一种由生物、心理、社会等多种因素作用而致的复杂性疾病,并引起人体多个系统、多个层次的病理反应。目前,对于抑郁症的药物治疗,尚未研制出一种理想的西药。槟榔-13 味丸、匝迪-5 味丸等传统蒙药在临床上用于治疗本病具有一定的疗效^[7]。从传统的方药中挖掘临床有效而毒副作用少的复方,是治疗精神类疾病值得探索的新途径。

行为学实验在筛选具有抗抑郁效应的药物方面发挥着非常重要的作用。其中 TST 和 FST 实验是常用的行为绝望动物模型,使动物在不可逃避性应激状态下,因绝望致不动时间的改变可反映药物的抗抑郁效应。这种行为绝望模型对绝大多数抗抑郁药物敏感,实验操作简单而快捷,被广泛应用于抗抑郁药的初步筛选^[8]。本研究采用 TST 和 FST 实验,经 7 d 给药后观察到匝迪-5 味丸高、中剂量和盐酸氟西汀均能显著缩短行为绝望小鼠的不动时间。结果提示,匝迪-5 味丸具有一定的抗抑郁效应,并与临床应用一致。匝迪-5 味丸低剂量组对 TST 不动时间的影响不明显,而 FST 不动时间的影响相比之下弱于高、中剂量组,这可能与用药剂量有一定的关系。抗高血压药物利血平拮抗实验是最早建立的抑郁症动物模型,经利血平处理的动物出现眼睑下垂、运动不能及体温下降^[9]。最早上世纪 50 年代的提出的“单胺假说”认为抑郁症与脑内单胺能神经递质(NT),即 5-HT、NE、DA 等水平的降低有关,并抑郁症发病机制及抗抑郁药的研制和应用中起主导作用^[10]。利血平是一种囊泡再摄取抑制剂,其作用与单胺氧化酶的抑制有密切相关。利血平拮抗是能阻止单胺递质的代谢而增加单胺递质的含量,其拮抗实验反映了药物对单胺能神经系统的兴奋作用^[11]。研究显示,与空白组比较,模型组小鼠眼睑下垂、运动不能及体温下降有显著性差异($P < 0.01$);与模型组比较,匝迪-5 味丸高、中、低剂量组均能显著低抗腹腔注射利血平后小鼠眼睑下垂、运动不能及体温下降($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结果提示,匝迪-5 味丸改善利血平所致动物抑郁状态,其作用机制可能与单胺递质含量有关。

蒙医药迄今已有几千年的历史,其理论体系的基本特点是整体观和辨证施治理论。蒙医学认为,胸部属于“巴达干”区,心位于胸腔之中,故而心居于“巴达干”的总位。心又是“赫依”的窜行之道,因此心脏与“赫依”、“巴达干”有着密切关系。当“赫依”的功能紊乱时,影响心主精神、意志、思维活动等正常生理功能,故蒙医学古籍经典著作《蒙医药选编》中记载,心“赫依”者出现神志不清,睡眠减少,头晕,叹气等表现,临床上可出现记忆力减退,思维迟钝等抑郁症状^[12]。当“巴达干”功能紊乱时,临床上可见反应迟钝,意识模糊等“巴达

干”异常的症状,这与抑郁症的临床表现一致。蒙医学理论中心脏与脑有着不可分割的关系,心脏和脑主要以黑白脉相连。蒙医学古籍经典著作《医宗要旨》中对白脉的一段描述:从脑部脉的海洋里,像树根一样向下延伸的十九条白脉^[13]。白脉的起源是脑,脑是白脉之海,从脑出发的白脉像彩带一样延伸到心脏连接与脑。当心“赫依”和“巴达干”功能紊乱时,将影响白脉的传导功能,临床可出现意识模糊、精神紊乱、烦躁不安等抑郁症状。因此,从蒙医学理论分析抑郁症的病因,可认为心“赫依”、“巴达干”功能紊乱,进而影响白脉的传导功能而引起。

总之,本实验研究根据匝迪-5 味丸的复方特点及临床应用,结合目前抑郁症研究进展利用 3 种方法,从动物整体行为学角度评价匝迪-5 味丸的抗抑郁作用,为其临床应用及进一步研究提供科学依据。

参 考 文 献

- [1] 吴双英,白玉霞,哈旦宝力格.蒙药匝迪-5 味丸的研究进展[J].中国民族医药杂志,2009,5(5):63-65.
- [2] 内蒙古自治区卫生厅.内蒙古蒙成药标准[M].赤峰:内蒙古科学技术出版社,1984:193.
- [3] 蒙医学编辑委员会.中国医学百科全书:蒙医学[M].上海:上海科学技术出版社,1992:93.
- [4] 孙婷婷,崔瑛,汪晶,等.肉豆蔻挥发油对行为绝望抑郁小鼠的影响[J].中华行为医学与脑科学杂志,2012,23(6):534-536.
- [5] 李仪奎.中药药理学实验方法:第 2 部[M].上海:上海科学技术出版社,2006:222-223.
- [6] 佟海英,王大伟,王斌,等.槟榔十三味丸对小鼠抗抑郁作用的实验研究[J].中国民族医药杂志,2011,17(2):49-51.
- [7] 刘耀东,郭春丽,孙丽萍,等.蒙药匝迪-5、逍遥散联合心理疗法治疗脑卒中后抑郁症[J].中国民族医药杂志,2007,13(9):10-11.
- [8] 栗俞程,李寒冰,张宾.黄芩总黄酮对小鼠的抗抑郁作用[J].中国实验方剂学杂志,2011,23(17):168-170.
- [9] Hill RT, Tedeschi DH. Animal testing and screening procedures in evaluating psychotropic drugs. In: Rech RH, Moore KE (eds). An introduction to psychopharmacology [J]. Raven press, New York, 1971, 89(2):237-288.
- [10] Ebert D. Single photon emission computerized tomography assessment of cerebral dopamine D₂ receptor blockade in depression before and after sleep deprivation preliminary results [J]. Biol Psychiatry, 1994, 35(3):880.
- [11] Askew BM. A simple screening procedure for imipramine-like antidepressant drugs [J]. Life Sci, 1963, 27(2):725-730.
- [12] 罗布桑却瑟勒.蒙医药选编[M].呼和浩特:内蒙古人民出版社,1974:5.
- [13] 若来扎拉布.医宗要旨[M].呼和浩特:内蒙古人民出版社,1999:69.

(收稿日期 2014-09-15)

· 研究报告 ·

正交试验法优选温热清口服液提取工艺*

孙文鹏¹ 韩在虹² 孙 瑜² 高 明^{1△}

(1. 大连大学医学院, 辽宁 大连 116622; 2. 黑龙江省齐齐哈尔市中医医院, 黑龙江 齐齐哈尔 161005)

中图分类号: R283.6 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0059-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.020

【摘要】目的 优选温热清口服液的提取工艺。**方法** 采用正交试验,以挥发油含量为指标,考察药材蒸馏时间、料液比、超声时间 3 因素对挥发油提取的影响;以绿原酸含量和浸膏得率为综合指标,筛选提取工艺条件。**结果** 优选的挥发油提取工艺为蒸馏 4 h,加 8 倍量水,超声 60 min;最佳提取工艺为加 12 倍量水煎煮 3 次,煎煮时间为 50 min。**结论** 该提取工艺合理、稳定,为温热清口服液工业生产提供参考。

【关键词】 温热清口服液 正交试验 绿原酸 提取工艺

Extraction Technology Optimization for Wenreqing Oral Liquid by Orthogonal Test SUN Wenpeng¹, HAN Zaihong², SUN Yu², et al. 1 Medical College of Dalian University, Liaoning, Dalian 116622, China; 2 Qiqihaer Hospital of Traditional Chinese Medicine, Heilongjiang Province, Heilongjiang, Qiqihaer 161005, China

【Abstract】Objective: To optimize extraction technology of Wenreqing Oral Liquid. **Methods:** The research had been screened out the best abstraction technological conditions of Wenreqing Oral Liquid by orthogonal test, using the weight of volatile oil to investigate the influence by the factors of distillation time, ratio of solid to liquid, ultrasonic time and so on. Chlorogenic acid content and extract yield rate were used as comprehensive indicators. **Results:** The optimization method of extraction technology of the volatile oil was distilling 4h with 8 times the amount of water and ultrasound for 1h. The best extracting process was decocting three times with 12 times the amount of water, and the three decocting durations were 50 minutes. **Conclusion:** The technology is reasonable and stable that can provide reference for industrial production.

【Key words】 Wenreqing Oral Liquid; Orthogonal test; Chlorogenic acid; Extraction technology

温热清口服液是齐齐哈尔市中医医院针对急性外感热病研制的复方中药制剂,由石膏、赤芍、连翘、柴胡、金银花、薄荷、鱼腥草和荆芥 8 味中药组成。临床应用已有 10 余年,疗效显著^[1],但其提取工艺方面的报道少。原提取工艺采用均匀设计法^[2],以芍药苷为指标对水提工艺进行考察。本文对原提取工艺进行改进,以超声辅助水蒸气蒸馏法提取挥发油,采用正交设计法以绿原酸含量及浸膏得率为综合指标,筛选最佳提取工艺。

1 仪器与材料

1.1 仪器 L-2130 高效液相色谱仪(日本日立 HITACHI)、V-detector L-2400 检测器(日本日立 HITACHI);N-2000 色谱数据工作站(浙江大学智达信息工程研究所)、E-202F 电子天平(奥豪斯仪器上海有限公司)、HH-S112 电热恒温水浴锅(上海跃进医疗器械

厂)、KH2200DB 超声波清洗器(昆山禾创超声仪器有限公司)等。

1.2 试药 石膏购自辽宁,柴胡购自内蒙古,金银花购自河南,鱼腥草、连翘购自陕西,薄荷、荆芥购自安徽,赤芍购自甘肃,均经大连大学医学院中医中药学系高松副教授鉴定均为真品。绿原酸标准品购自中国食品药品检定研究院,批号 110753-200413;乙腈和甲醇为色谱纯,磷酸为优级纯,其余试剂均为分析纯。

2 方法与结果

2.1 正交试验法提取挥发油

2.1.1 正交试验设计 选择蒸馏时间(A)、料液比(B)、超声时间(C)为主要影响因素,每个因素选择 3 个水平,以挥发油含量为指标,按照 $L_9(3^4)$ 正交表进行试验,考察挥发油提取工艺。见表 1。

2.1.2 试验方法 按处方分别称取柴胡、金银花、薄荷、鱼腥草和荆芥药材粗粉加入 2000 mL 圆底烧瓶中,按表 1 的料液比加入蒸馏水与沸石数粒,振摇均匀,浸泡 30 min 后超声波处理,圆底烧瓶与挥发油测定器、

*基金项目:黑龙江省齐齐哈尔市科技局计划项目(SFGG-201344)

△通信作者(电子邮箱:gm056@126.com)

表 1 挥发油提取因素水平

水平	A(h)	B(g/mL)	C(min)
1	2	1:6	20
2	3	1:8	40
3	4	1:10	60

A:蒸馏时间;B:料液比;C:超声处理时间

回流冷凝管连接。自冷凝管上端加入蒸馏水使充满挥发油测定器的刻度部分,至水溢流入圆底烧瓶时为止。将烧瓶置于电热套中加热至沸腾,保持微沸,达到蒸馏时间后停止加热,放置片刻,打开测定器下端的活塞,使水缓慢放出,水至油层上端到达 0 刻度线上 5 mm 处停止。放置 1 h 以上至挥发油凝固,取出,吸去固体表面的水分,精密称重,计算挥发油含量,结果见表 2。

表 2 挥发油提取工艺正交试验结果

实验号	A	B	C	D(空白)	含量(mg)
1	1	1	1	1	65.50
2	1	2	2	2	80.80
3	1	3	3	3	87.10
4	2	1	2	3	97.70
5	2	2	3	1	102.50
6	2	3	1	2	66.70
7	3	1	3	2	107.50
8	3	2	1	3	77.30
9	3	3	2	1	95.20
K ₁	233.40	270.70	209.50	263.20	
K ₂	266.90	260.60	273.70	255.00	
K ₃	280.00	249.00	297.10	262.10	
R	46.60	21.70	87.60	8.20	

2.1.3 方差分析 通过 SPSS11.5 软件对挥发油的正交试验结果进行方差分析,结果见表 3。

表 3 挥发油提取方差分析

方差来源	离均差平方和	自由度	均方	F	P
A	385.047	2	192.523	29.155	<0.05
B	78.607	2	39.303	5.952	>0.05
C	1371.440	2	685.720	103.845	<0.05
误差	13.207	2	6.603	8.20	

 $F_{0.05}(2,2)=19.00; F_{0.01}(2,2)=99.00$ (表 6、7 同)。

通过对表 2、表 3 3 个因素的极差 R 进行比较,可知:RC>RA>RB,3 个因素对挥发油提取工艺的影响程度依次为 C>A>B,其中超声时间和蒸馏时间对挥发油提取得率的影响较大,差异有统计学意义($P<0.05$),料液比对挥发油提取得率的影响不大,差异无统计学意义。根据实验结果,因素 C 选择最佳水平 3,因素 A 选择最佳水平 3,因为因素 B 水平间差异较小,所以选择

水平 2,因此确定挥发油提取的最佳工艺为 A₃B₂C₃,即蒸馏 4 h,料液比 1:8,超声时间为 60 min。

2.1.4 验证试验 按正交试验筛选的最佳提取工艺 A₃B₂C₃ 进行试验重复 3 次,3 次试验的挥发油含量分别为 108.10、107.50、108.70 mg,平均值为 108.10 mg, RSD 为 0.56%。说明此提取条件下得到的挥发油得率较高,稳定可行。

2.2 水提工艺的正交试验 组方药材所含化学成分主要为黄酮类、皂苷类和有机酸类等极性成分,口服液工业生产中要本着节能高效的原则,所以综合考虑以水煎煮法为提取方法。

2.2.1 正交试验设计 根据药材的性质及结合实际生产考虑,选择加水量(A)、提取时间(B)、提取次数(C)为主要考察因素,每个因素选 3 个水平,以浸膏得率和绿原酸含量为综合指标,按照 L₉(3⁴)正交表进行试验,考察水提最佳工艺。见表 4。

表 4 水提法因素水平

水平	A(倍)	B(min)	C(次)
1	8	30	1
2	10	40	2
3	12	50	3

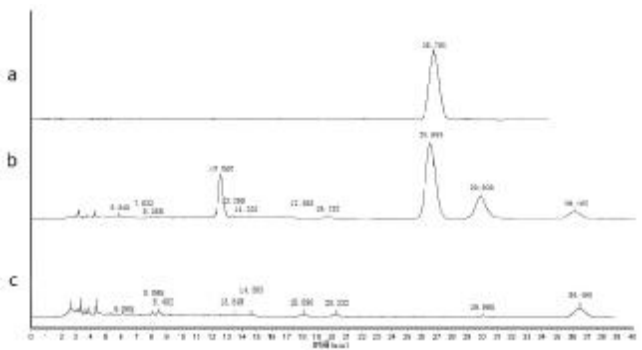
A:加水量;B:提取时间;C:提取次数

2.2.2 样品溶液的制备 处方组成:石膏 110 g,赤芍、连翘、柴胡、薄荷和荆芥各 12 g,金银花 15 g,鱼腥草 23 g。称处方量的药材 9 份,粉碎成粗粉,加蒸馏水浸泡 30 min,按照正交表进行试验。其中石膏先煎 30 min,柴胡、金银花、薄荷、鱼腥草和荆芥提取挥发油后药渣与其他药材共同煎煮。煎煮后的药液用 8 层纱布过滤,滤液减压浓缩后定容至 300 mL,密封备用。

2.2.3 浸膏得率的测定 将 2.2.2 项下得到的样品提取液,各精密量取 20 mL,分别置于已干燥至恒重的蒸发皿中,水浴蒸干,残渣置于 105 ℃干燥箱中 5 h,干燥至恒重,取出,迅速置于干燥器中放冷后迅速精密称重,按以下公式计算浸膏得率:浸膏得率=(VW1/20W)×100%。公式中,V 为每份药材提取液总体积,W1 为 20 mL 提取液的浸膏质量,W 为每份药材的质量。

2.2.4 含量测定 (1)色谱条件。色谱柱:Diamonsil 钻石 C₁₈ 柱(250 mm×4.6 mm,5 μm),流动相为乙腈-0.4%磷酸(1:9),流速 1 mL/min,检测波长 327 nm,柱温为室温,进样量 10 μL。(2)对照品溶液的制备。精密称取绿原酸对照品 2.07 mg,置于 25 mL 棕色容量瓶中,加 50%甲醇溶解,超声 5 min,并稀释至刻度,摇匀,即为对照品溶液,用 0.45 μm 有机系微孔滤器滤过,取续滤液备用(4 ℃保存)。(3)供试品溶液的制备。取各供试品溶液 10 mL 离心,精密吸取 2 mL 置于 25 mL 容量瓶中,加 50%甲醇溶解,超声 5 min,并稀释至刻度,摇

匀,用 0.45 μm 有机系微孔滤器滤过,取续滤液即得。(4)阴性样品溶液的制备。称取处方组成中除金银花外的其余药材,按照生产工艺制备阴性样品,并按“2.2.4(3)”项下方法制备,即得阴性样品溶液。(5)专属性试验。取“2.2.4”项下的对照品、供试品及阴性样品溶液各 10 μL 按“2.2.4(1)”项下的色谱条件进行测定,绿原酸色谱峰与供试品中其他组分的色谱峰分离良好,阴性样品溶液的色谱峰对绿原酸的测定无干扰,见图 1。(6)线性范围考察。精密吸取绿原酸标准品溶液 2、4、6、8、10 μL 依次进样,以绿原酸含量($X, \mu\text{g}$)为横坐标,峰面积(Y)为纵坐标做标准曲线,回归方程为 $Y=3.1\text{E}+9X+13300$ ($r=0.99905$),其线性范围为 0.1656~0.8280 μg 。(7)精密度试验。精密吸取同一对照品溶液 10 μL 注入高液相色谱仪,重复进样 5 次,按“2.2.4(1)”项下色谱条件测定绿原酸峰面积,结果 RSD 值为 1.31% ($n=5$),表明仪器精密度良好。(8)稳定性试验。精密吸取同一供试品溶液,于 0、2、4、8、12、24 h 分别进样,按“2.2.4(1)”项下色谱条件测定,记录色谱峰面积。结果 RSD 值为 1.68% ($n=6$),表明供试品溶液在 24 h 内稳定性良好。(9)重复性试验。取同一批号温热清口服液 6 份,按“2.2.4(3)”项下方法制备供试品溶液,依法测定,其平均含量为 0.9178 mg/mL。结果绿原酸含量的 RSD 值为 1.89% ($n=6$),表明本方法重复性良好。(10)样品回收率试验。采用加样回收法。精密量取同一供试品 3 组 (共 6 份每份 1 mL),3 组分别精密加入绿原酸标准品 2.06、2.45、3.31 mg,按上述色谱条件测定,计算回收率。绿原酸平均回收率为 100.41%,RSD=1.78% ($n=6$)。(11)样品含量测定。精密吸取样品溶液 10 μL ,按上述色谱条件,依次进样测定。再按标准曲线项下各对应峰面积计算出各样品组绿原酸的含量(见图 1)。水提正交试验结果见表 5。



a.绿原酸标准品 b.供试品 c.阴性样品
图 1 绿原酸含量测定 HPLC 色谱

2.2.5 结果分析 通过 SPSS11.5 软件对表 5 中的绿原酸含量和浸膏得率两指标进行方差分析,结果见表 6 和表 7。

从表 5、表 6 中可以看出,因素 A、因素 B 对绿原

表 5 水提正交试验结果

实验号	A	B	C	D (空白)	绿原酸含量 (mg/mL)	浸膏率 (%)	综合 得分
1	1	1	1	1	0.4125	5.45	41.26
2	1	2	2	2	0.7542	9.34	74.13
3	1	3	3	3	0.9007	14.26	95.01
4	2	1	2	3	0.6104	7.61	60.10
5	2	2	3	1	0.8666	11.82	87.45
6	2	3	1	2	0.7306	9.62	73.01
7	3	1	3	2	0.8474	14.38	91.40
8	3	2	1	3	0.8824	11.69	88.32
9	3	3	2	1	0.9661	13.79	98.77
K ₁	2.0674	1.8703	2.0255	2.2452			
K ₂	2.2076	2.5032	2.3307	2.3322			
K ₃	2.6959	2.5974	2.6147	2.3935			
R	0.6285	0.7271	0.5892	0.1483			
K ₁	29.05	27.44	26.76	31.06			
K ₂	29.05	32.85	30.74	33.34			
K ₃	39.86	37.67	40.46	33.56			
R	10.36	10.23	13.70	2.50			

注:综合得分=(绿原酸含量/最大绿原酸含量 $\times 0.7 \times 100$)+(浸膏得率/最大浸膏得率 $\times 0.3 \times 100$)。

表 6 水提正交试验绿原酸含量方差分析

方差来源	离均差平方和	自由度	均方	F	P
A	0.073	2	0.036	19.601	<0.05
B	0.104	2	0.052	28.155	<0.05
C	0.058	2	0.029	15.635	>0.05
误差	0.004	2	0.002		

表 7 水提正交试验浸膏得率方差分析

方差来源	离均差平方和	自由度	均方	F	P
A	25.944	2	12.972	20.399	<0.05
B	17.468	2	8.734	13.735	>0.05
C	33.081	2	16.540	26.011	<0.05
误差	1.272	2	0.636		

酸含量的影响有显著性差异;因素 C 对绿原酸含量的影响无差异;影响因素大小顺序为 $\text{RB} > \text{RA} > \text{RC}$,通过表 5 和表 7 可以看出,因素 A 和因素 C 对干膏率的影响有显著性差异;因素 B 对干膏率的影响无差异;影响因素大小顺序为 $\text{RC} > \text{RA} > \text{RB}$ 。综合绿原酸含量及干膏率两个考察指标,确定最佳组合为 $\text{A}_3\text{B}_3\text{C}_3$,即加水量 12 倍,煎煮次数 3 次,煎煮时间 50 min。

2.2.6 验证试验 取处方量的药材共 3 份,每份煎煮 3 次,加 12 倍量水;煎煮时间为 50 min;提取后,每批药液按“2.2.4(3)”项下方法制备出 3 个样品,测定绿原酸含量和浸膏得率,结果见表 8。表明优选出的最佳工

艺稳定。

表 8 3 批样品测定结果

样品批号	绿原酸含量(mg/mL)	RSD(%)	干膏率(%)	RSD(%)
	0.9394		14.52	
20131015	0.9210 $\bar{x}=0.9275$		14.73 $\bar{x}=14.58$	
	0.9220		14.49	
	0.9398		14.37	
20131016	0.9304 $\bar{x}=0.9402$	1.28	14.42 $\bar{x}=14.39$	0.66
	0.9503		14.39	
	0.9594		14.48	
20131017	0.9572 $\bar{x}=0.9516$		14.50 $\bar{x}=14.46$	
	0.9381		14.41	

2.3 提取工艺优化前后比较

2.3.1 取处方量的药材 6 份,各取 3 份药材按照优化后提取工艺及原提取工艺进行提取,分别测定绿原酸含量、干膏率。优化后提取工艺:柴胡、金银花、薄荷、鱼腥草和荆芥 5 味药材粗粉在蒸馏 4 h,料液比 1:8,超声时间为 60 min 的条件下提取挥发油,提取挥发油后的药渣与组方余药进行水提取。水提取条件为煎煮 3 次,加水倍数为 12;煎煮时间为 50 min。原提取工艺^[2]:挥发油提取采用水蒸气蒸馏法,蒸馏时间 4 h,料液比 1:8;水提取条件为煎煮 2 次,加水倍数分别为 10 倍量、8 倍量;煎药时间为 1.5 h、1 h。

2.3.2 比较结果 每批提取液选择 3 个样品测定绿原酸含量、干膏率和挥发油含量,测定结果取平均值,结果见表 9,通过 SPSS11.5 软件对试验结果进行分析。见表 10。

表 9 两种工艺 3 批样品测定结果比较

样品批号	绿原酸含量(mg/mL)	RSD(%)	干膏率(%)	RSD(%)	挥发油含量(mg)	RSD(%)
1	0.9586		14.43		107.3	
2	0.9495	0.78	14.50	0.30	108.8	0.70
3	0.9643		14.42		107.9	
4	0.8449		11.37		75.6	
5	0.8496	0.53	11.42	0.61	77.2	1.11
6	0.8406		11.26		76.9	

注:样品批号 1,2,3 分别为现提取工艺 20130601,20130602,20130603;样品批号 4,5,6 分别为原提取工艺 20130601,20130602,20130603。

通过表 10 分析结果可知,优化后工艺与原工艺绿原酸含量、干膏率以及挥发油含量均有显著性差异($P < 0.01$)。

表 10 两种提取工艺绿原酸含量、干膏率及挥发油含量的 t 检验

项目	差值的均数	差值的标准差	差值的标准误	t	自由度	P
绿原酸	0.112433	0.011950	0.0068996	16.296	2	0.004
干膏率	3.100000	0.0529150	0.0305505	101.471	2	0.000
挥发油含量	31.433333	0.3785939	0.2185813	143.806	2	0.000

3 讨论

温热清口服液方中柴胡、金银花、薄荷、鱼腥草和荆芥均含有挥发油成分,为防止提取过程中挥发油损失,增强挥发油类有效成分的药效作用,故进行原工艺的提取方法优化,确定先进行挥发油提取,药渣与其他药材合并水煎煮。挥发油提取试验中采用超声波辅助水蒸气蒸馏法^[3],利用超声波产生的空化效应,及强烈振动、高加速度、热效应、搅拌等超声波的许多次级效应,可以加速植物有效成分进入溶剂,有利于样品中有效成分转移从而提高提取率^[4]。因挥发油提取时油量不足 1 mL,故以质量进行测定。

该制剂方中金银花为臣药,其主要活性成分为绿原酸,具有解热抗炎、抗菌抗病毒,免疫调节等多种药理作用^[5],且该制剂中绿原酸含量测定的样品处理简单,杂质峰少,色谱分离效果佳。故可选择绿原酸为该提取工艺的指标成分。考虑到中药复方制剂的协同作用,测定绿原酸含量的同时兼顾方中其他药物有效成分的提取,所以将总固量也作为考察指标,而原工艺没有进行绿原酸含量的检测。中药组成十分复杂,因此,该制剂提取工艺的合理性还有待于通过药理实验得到进一步验证。

通过对优化后提取工艺与原提取工艺的比较可知,在优化后工艺下进行试验中挥发油提取量,提取液中绿原酸含量及总固量均高于原提取工艺。优化后的提取工艺提取效率高,稳定、可靠,可为大生产提供依据。

参 考 文 献

- [1] 崔相烈,韩寿英,李鸿雕,等. 小儿温热清灌肠液的试制及临床观察[J]. 黑龙江医药,2001,14(2):136.
- [2] 高明,韩在虹,金福厚,等. 温热清口服液工艺条件的筛选[J]. 中国中医药信息杂志,2005,12(10):50-51.
- [3] 黄蓓,毛长智. 正交实验设计优选荆芥穗挥发油超声波提取工艺[J]. 中国医药导报,2011,8(20):107-108.
- [4] 徐浩锋,杨华俊,俞岚. 中药有效成分现代提取技术研究进展[J]. 海峡药学,2012,24(1):13-18.
- [5] 孙立娟. 金银花的成分及药理学研究[J]. 中国实用医药,2011,6(30):239-240.

(收稿日期 2014-06-06)

针灸联合补肾益髓开窍方治疗急性卒中后 吞咽障碍的临床研究*

柳 敏 张贤明 余 皓

(四川省崇州市人民医院, 四川 崇州 611230)

中图分类号: R246 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0063-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.021

【摘要】目的 观察针灸联合补肾益髓开窍方治疗急性卒中后吞咽障碍的临床效果。**方法** 110 例急性卒中后吞咽障碍的患者随机分为两组, 其中治疗组 61 例, 对照组 49 例, 对照组给予西医常规治疗, 包括脱水、脑保护、抗血小板聚集、改善微循环等, 治疗组在此基础上加用针灸联合补肾益髓开窍方治疗。60 d 后观察比较治疗前后两组患者的临床症状、吞咽障碍评分及吸入性肺炎的发生情况。**结果** 治疗组的总有效率达 90.16%, 明显高于对照组的 67.35% ($P < 0.05$); 治疗组洼田饮水试验分级结果、吞咽功能的改善情况明显优于对照组 ($P < 0.05$); 治疗组吸入性肺炎的发生率明显低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 针灸联合补肾益髓开窍方治疗急性卒中后吞咽障碍临床疗效满意, 且吸入性肺炎的发生率低, 安全性良好。

【关键词】 急性卒中 针灸 补肾益髓开窍方 吞咽障碍

Clinical Research of Acupuncture and Bushenyisuikaiqiao Decoction in Patients with Post-stroke Dysphagia LIU Min, ZHANG Xianming, YU Hao. People's Hospital of Chongzhou City, Sichuan Province, Sichuan, Chongzhou 611230, China

【Abstract】Objective: To investigate the acupuncture and Bushenyisuikaiqiao Decoction on clinical effects of the treatment of acute stroke dysphagia. **Methods:** Patients with dysphagia after acute stroke 110 cases for the study were randomly divided into two groups. 61 cases were in the treatment group and 49 cases were in the control group. Patients were given conventional western medicine, including dehydration, brain protection, anti-platelet aggregation, microcirculation circulation improvement. The treatment group was based on the use of combined acupuncture and Bushenyisuikaiqiao Decoction. After 60 days, the clinical symptoms were observed and compared in two groups of patients before and after treatment such as dysphagia score and the incidence of aspiration pneumonia. **Results:** The total effective rate in the treatment group were higher significantly than that in the control group ($P < 0.05$). Improvements in the swallowing function and the kubota drinking experiment in the treatment group were superior to those in the control group ($P < 0.05$). Meanwhile, the incidence of aspiration pneumonia in the treatment group was significantly lower obviously than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** It is effective of acupuncture combined Bushenyisuikaiqiao Decoction in the acute stroke dysphagia. Also, it is satisfactory clinical efficacy and low incidence of aspiration pneumonia.

【Key words】 Acute stroke; Acupuncture; Bushenyisuikaiqiao Decoction; Dysphagia

急性脑卒中后大约有 22%~65% 的患者会发生吞咽障碍, 由于吞咽障碍极易导致吸入性肺炎、脱水等并发症, 严重影响患者的生命安全及生活质量, 因此早期评估和治疗吞咽障碍尤为重要^[1]。目前尚无非常明确有效的方法治疗脑卒中后吞咽障碍。中医根据病因病机, 进行辨证论治, 通过多种手段治疗, 针灸在吞咽障碍的治疗中, 因其针对性强、可以对患者进行个性化治疗, 具有明显的优势。本病发病的原因为痰浊、瘀血互结, 上扰髓海所致, 治疗上以补肾益髓, 通经活络, 调

养气血, 开关启闭为主^[2]。本研究采取针灸联合补肾益髓开窍方治疗急性卒中后吞咽障碍, 取得了良好的临床效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断标准参照 1995 年全国脑血管病会议制订的诊断标准, 并经 CT 或者 MRI 检查证实为急性脑梗死或脑出血。中医诊断标准参照 2000 年中国中医药学会内科分会延缓衰老委员会制定的《血管性痴呆诊断、辨证及疗效判定标准》中的中医辨证量表, 辨证属于脾肾亏虚型, 症见: 中风病吞咽障碍, 头晕

* 基金项目: 四川省成都市科技局科研课题(12PPYB092SF-002)

耳鸣,腰膝酸软,口多痰涎,脘腹胀满,舌质淡,苔白,脉细弱。吞咽障碍分级参照洼田饮水试验,1级正常,2级可疑,3级轻度异常,4级中度异常,5级重度异常^[3]。病例纳入标准:符合脑卒中诊断;年龄 45~82 岁;神志清楚,有吞咽障碍;洼田饮水试验 2~5 级。排除病例标准:合并中、重度认知障碍或语言障碍不能配合评估和治疗者;并发心肌梗死或者是合并严重肝肾功能不全、肿瘤等重大疾病者;生命指标不稳定者;对针刺晕针者。

1.2 临床资料 本研究病例选取 2011 年 6 月至 2014 年 6 月四川省崇州市人民医院收治的急性卒中后吞咽障碍的患者 110 例,男性 74 例,女性 36 例;平均年龄(75.86±8.04)岁。随机分为两组,治疗组 61 例,对照组 49 例。其中治疗组男性 41 例,女性 20 例;平均年龄(77.37±8.68)岁;洼田饮水试验 5 级 2 例,4 级 29 例,3 级 12 例,2 级 18 例。对照组 49 例,男性 33 例,女性 16 例;平均年龄(73.22±9.63)岁;洼田饮水试验 5 级 1 例,4 级 22 例,3 级 11 例,2 级 15 例。两组患者在性别、年龄、吞咽障碍分级等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予西医常规治疗,包括脱水、脑保护、抗血小板聚集、改善微循环等,治疗组在此基础上加用针灸联合补肾益髓开窍方治疗。补肾益髓开窍方组成:熟地黄 15 g,山药 20 g,山茱萸 15 g,石菖蒲 10 g,远志 10 g,天麻 9 g,全蝎 9 g,僵蚕 9 g,胆南星 10 g。水煎 300 mL,分早晚两次温服,每日 1 剂。针灸取穴:曲鬓、廉泉、夹廉泉、列缺、通里、照海、金津、玉液、头针语言区,患者局部有热、麻、胀感为宜,其中,金津、玉液毫针点刺放血,廉泉、夹廉泉采取电针疗法,其余穴位留针 30 s,每隔 10 min 行针 1 次,每穴每次持续行针 1 min,隔日 1 次,2 周为 1 个疗程,共治疗 60 d。

1.4 疗效标准 (1)临床疗效标准^[4]:吞咽困难症状消失,吞咽障碍的程度评分 10 分,为痊愈;吞咽困难症状较治疗前明显改善,吞咽障碍的程度评分提高 6~8 分,为显效;吞咽困难症状较前有所改善,吞咽障碍的程度评分提高 3~5 分或接近正常,为有效;吞咽困难症状无明显改善,吞咽障碍的程度评分提高≤2 分,为无效。总有效=痊愈+显效+有效。(2)吞咽障碍评分根据吞咽障碍的程度来评定,其中 1~3 分为重度吞咽困难,4~6 分为中度吞咽困难,7~9 分为轻度吞咽困难,10 分为正常。(3)观察指标:治疗前后两组患者的临床症状、吞咽障碍评分、吸入性肺炎的发生情况。

1.5 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件。计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料用秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 见表 1。结果示治疗组有效率优于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	61	25	17	13	6	55(90.16) [△]
对照组	49	15	10	8	16	33(67.35)

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后洼田饮水试验分级结果比较 见表 2。结果示治疗组洼田饮水分级改善优于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组患者治疗前后洼田饮水试验分级结果比较(n)

组别	时间	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级
治疗组 ($n=61$)	治疗前	0	6(9.84)	18(29.51)	29(47.54)	8(13.12)
	治疗后	31(50.82)	16(26.23)	8(13.11)	5(8.20)	1(1.64) ^{*△}
对照组 ($n=49$)	治疗前	0	5(10.20)	15(30.61)	23(46.94)	6(12.25)
	治疗后	14(28.57)	27(55.10)	4(8.16)	2(4.08)	2(4.08) [*]

与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后吞咽功能比较 治疗前,治疗组吞咽障碍评分为(3.13±0.84)分,对照组为(2.97±0.82)分,与治疗前相比,两组患者的吞咽障碍评分均较前有所改善($P<0.05$)。治疗后两组间比较,治疗组吞咽障碍评分(8.54±0.47)分,明显优于对照组的(6.05±0.39)分($P<0.05$)。

2.4 两组患者发生吸入性肺炎情况比较 治疗组发生吸入性肺炎 9 例,发生率为 14.75%,对照组发生吸入性肺炎 15 例,发生率为 30.61%,治疗组吸入性肺炎的发生率明显低于对照组($P<0.05$)。

3 讨论

吞咽障碍是卒中后常见的一种并发症,一些患者由于偏瘫较重,吞咽困难较轻而被忽视治疗,也有一些患者吞咽障碍较重,因误咽引起吸入性肺炎,严重者可以造成窒息死亡^[5]。国内外许多研究调查认为,治疗吞咽障碍的最佳时机为发病 6 个月以内,现代医学主要以鼻饲、胃造漏、静脉营养等治疗,治标不治本,临床效果一般。

中医学将卒中后吞咽障碍归属于“中风舌本病”、“喉痹”、“暗瘕”等范畴。本病的病位在咽喉,但其病根在脾、肾与大脑,主要是由于痰浊、瘀血互结上扰髓海所致,临床上常常出现吞咽失常、言语謇涩等症状^[6]。肾为先天之本,五脏六腑之精皆藏于肾,《素问》“肾主水,受五脏六腑之精而藏之”,足少阴肾经之脉循喉咙、系舌本、连舌下^[7]。脾胃为后天之本,咽为胃系,是饮食水谷的通道,《重楼玉钥》说“咽者咽也,主通利水谷,为胃之系,乃胃气之通道也”,《医贯》曰“咽者,胃脘水谷之道路,主纳而不出”。脾肾功能正常,咽喉得到滋润濡养而健旺,不易被邪毒侵犯或者是滞留;脾肾亏虚,咽喉失于滋润濡养则吞咽困难、言语不利。故在治疗

上以补益脾肾,兼清心开窍为主,组成补肾益髓开窍方,方中熟地黄滋肾阴,益精髓,为君药。山茱萸补养肝肾,山药补脾阴以滋肾,共为臣药。石菖蒲、远志豁痰利窍,开通心气,是为佐药,天麻、全蝎、僵蚕、胆南星通络化痰,是为佐使之用。

针灸治疗吞咽障碍的理疗基础源于经络学说^[8]。人体主要有以下经络的循行路线经过咽喉部:足少阴肾经“循喉咙,挟舌本”;足太阴脾经“挟咽,连舌本散舌下”;足阳明胃经“从大迎前,下人迎,循喉咙”;足厥阴肝经“上贯膈,布胁肋,循喉咙之后”;手太阴肺经“上膈入肺,从肺系”;手少阴心经“从心系,上挟咽”^[9-10]。根据“经脉所过,主治所及”的腧穴主治规律,可以选取以上经脉的穴位进行治疗,还有部分腧穴位于或者是靠近咽喉部,根据腧穴的“近治作用”,也可以用于治疗咽喉部的疾病。此外,经过数代医学家证实,部分腧穴虽然没有明显的归经,但是对某些疾病有特殊的临床疗效,称为经外奇穴。针灸治疗有近取、远取、辨证取穴 3 种方法,即局部取穴、循经远端取穴和辨证取穴。此外,经验取穴在针灸治疗中也同样发挥着重要的作用。在本研究中,根据以上的 3 个取穴原则,并将体针、电针、点刺放血三者相结合,共同治疗卒中后吞咽障碍。

本研究采取针灸联合补肾益髓开窍方治疗急性卒中后吞咽障碍,结果显示,治疗组的疗效明显优于对照组,治疗组的洼田饮水分级结果以及吞咽功能的改善情况明显优于对照组,治疗组吸入性肺炎的发生率明

显低于对照组。综上所述,针灸联合补肾益髓开窍方治疗急性卒中后吞咽障碍临床疗效满意,且吸入性肺炎的发生率低,安全性良好。

参 考 文 献

- [1] 张婧. 成人卒中后康复指南关于吞咽困难的管理指南简介[J]. 中国卒中杂志, 2010, 2(3): 256-257.
- [2] 何迎春, 杨聘, 张如富. 培土益髓颗粒治疗脑中风后吞咽和障碍的临床疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(5): 858-859.
- [3] 李振华, 李莉莉, 胡兴旺. 人迎、水突为主穴治疗中风后吞咽困难 36 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(6): 709-710.
- [4] 曹荣禄, 杨改琴, 黄丽萍, 等. 舌三针及人迎穴为主治疗脑卒中后吞咽功能障碍[J]. 陕西中医, 2010, 31(1): 89-91.
- [5] 王文熠, 李澎. 以哑门为主穴针刺治疗脑卒中后假性球麻痹 42 例[J]. 吉林中医药, 2011, 31(9): 882-883.
- [6] 刘波, 刘亚川, 李雄. 针刺结合综合康复治疗慢性期脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2010, 26(4): 19-22.
- [7] 陈孝伟, 张子斌, 崔立海, 等. 低频电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍[J]. 中国康复, 2011, 26(3): 182-184.
- [8] 王晓玉, 赵桂梅, 张希庆. 吞咽言语治疗仪应用于缺血性脑中风所致吞咽障碍的临床研究[J]. 现代医药卫生, 2010, 26(17): 2646-2648.
- [9] 王群德, 吴洪涛, 付爱民. 通窍活血汤治疗中风后吞咽功能障碍 93 例[J]. 河南中医药学刊, 2010, 23(6): 54-55.
- [10] 何迎春, 张如富, 杨聘. 培土益髓开窍法对脑卒中吞咽障碍患者体内 P 物质影响的研究[J]. 中华中医药学刊, 2011, 29(8): 1866-1867.

(收稿日期 2014-08-18)

(上接第 43 页)

血清 CRP 水平,减轻炎症反应,这可能是其提高临床疗效的作用之一。

参 考 文 献

- [1] 明自强, 俞林明, 吕银祥, 等. 血必净注射液对脓毒症患者凝血功能的影响[J]. 中国中医急症, 2007, 16(1): 40-41.
- [2] 舒建. C 反应蛋白检测的临床应用[J]. 检验医学与临床, 2007, 4(1): 26-28.
- [3] 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎和医院获得性肺炎诊断和治疗指南(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 1999, 22(4): 199-203.
- [4] 2001 年国际脓毒症定义会议关于脓毒症诊断的新标准[J]. 中国危重病急救医学, 2006, 18(11): 645.
- [5] 刘雪峰, 李文放, 赵良, 等. 血必净注射液对重症监护病房严重脓毒症患者器官功能保护作用的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2010, 17(1): 20-23.
- [6] 马丽旭. 血清 C 反应蛋白测定在小儿急性呼吸道感染中的应用[J]. 重庆医学, 2006, 35(13): 1247.
- [7] Sasaki K, Fujita I, Hamasaki Y, et al. Differentiating between bacterial and viral infection by measuring both C-reactive protein and 2'-5' oligoadenylate synthetase as inflammatory

- markers[J]. J Infect Chemother, 2002, 8(1): 76-80.
- [8] 周莉, 王晓燕, 钟筑宁. C 反应蛋白检测在脓毒症感染性休克诊治中的应用价值[J]. 检验医学与临床, 2012, 9(5): 574-575.
- [9] 李丽华, 李春盛. C 反应蛋白与全身炎症反应综合征和多脏器功能障碍综合征的关系[J]. 中华急诊医学杂志, 2003, 12(1): 48-49.
- [10] Gareth A, Vichae PW, Michael G. Understanding gastrointestinal perfusion in critical care: So near and yet so far[J]. Crit Care, 2000, 4: 269.
- [11] 顾群. 对多脏器功能失常综合征中医辨证是指作用机制的认识[J]. 河北中医, 2002, 24(4): 279.
- [12] 陈海龙, 刘艳, 吴咸中, 等. 多器官功能不全综合征时肠道细菌易位及通里攻下法影响的实验研究[J]. 中国微生态学杂志, 1998, 10(6): 342.
- [13] 赵琪, 崔乃强, 李继坤, 等. MODS 患者外周血单核细胞炎性细胞因子分泌及下皮影响[J]. 河北中西医结合杂志, 1998, 7(5): 657.
- [14] 张翔炜, 张敏州, 翁燕娜, 等. 通腑泻下法干预危重症患者胃肠功能障碍的临床研究[J]. 北京中医药大学学报, 2011, 34(10): 707-710.

(收稿日期 2014-06-30)

针灸联合五虫通络汤治疗对急性脑梗死患者神经功能缺损和牛津残障评分影响的临床研究*

王洪涛 陈凡[△] 刘行高

(湖北省武汉市东西湖区人民医院, 湖北 武汉 430040)

中图分类号: R246 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0066-003

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.022

【摘要】目的 观察针灸联合五虫通络汤对急性脑梗死患者的神经功能缺损和牛津残障评分的影响。**方法** 选取急性脑梗死患者 221 例, 随机分为两组, 对照组 108 例单纯给予针灸康复治疗; 观察组 113 例在对照组基础上给予五虫通络汤治疗。分别于治疗后 1 个月采用美国国立卫生院神经功能缺损评分和 Fugl-Meyer 评价量表对两组患者神经功能和运动功能进行评价; 于治疗 6 个月时采用牛津残障评分对两组患者预后进行评价。**结果** 治疗前两组患者 NIHSS 和 Fugl-Meyer 评分无统计学差异。经治疗, 观察组 NIHSS 和 Fugl-Meyer 评分分别为 (9.76 ± 0.94) 分和 (71.17 ± 2.97) 分, 对照组分别为 (15.17 ± 0.79) 分和 (57.20 ± 5.04) 分, 观察组 NIHSS 评分明显低于对照组, Fugl-Meyer 评分明显高于对照组, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。经过 6 个月康复治疗, 观察组牛津残障评分 1 级、2 级者分别占 14.16% 和 38.94%, 明显高于对照组 5.56% 和 21.30% 的比例, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 针灸联合五虫通络汤治疗急性脑梗死对患者的神经功能和预后具有更好的改善作用, 是一种更为有效的急性脑梗死康复治疗手段。

【关键词】 针灸 五虫通络汤 急性脑梗死 神经功能 牛津残障评分

Clinical Study of Acupuncture plus Wuchongtongluo Decoction on Neurological Deficit Scores and Oxford Disabilities Score in the Acute Cerebral Infarction Patients WANG Hongtao, CHEN Fan, LIU Xinggao. People's Hospital of Dongxihu District, Wuhan City, Hubei Province, Hubei, Wuhan 430040, China

【Abstract】Objective: To investigate the meridians of acupuncture combined with Wuchongtongluo Decoction for patients with acute cerebral infarction and neurological impairment and disability scores affect Oxford and to choose the appropriate treatment programs to improve the prognosis of patients. **Methods:** 221 cases of acute cerebral infarction were randomly divided into two groups, making it comparable. 108 cases in the control group, simply give acupuncture rehabilitation; observation group 113 cases in the control group on the basis of given Wuchongtongluo Decoction. Respectively one month after treatment by the United States National Institutes of Health neurological deficit scores and Fugl-Meyer Assessment Scale for both groups neurological and motor function were evaluated; oxford disability score on the prognosis of patients in both groups at 6 months of treatment evaluated. **Results:** The two groups of patients before treatment NIHSS score and Fugl-Meyer score little difference was not statistically significant. After treatment, the observation group NIHSS score and Fugl-Meyer score was (9.76 ± 0.94) points and (71.17 ± 2.97) points, respectively, in the control group (15.17 ± 0.79) min and (57.20 ± 5.04) points in the observation group NIHSS score significantly lower than the control group, Fugl-Meyer score was significantly higher, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). After six months of rehabilitation, the observation group Oxford scores a disability, two accounted for 14.16% and 38.94%, respectively, significantly higher than 5.56% and 21.30% of the proportion, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** Acupuncture combined Wuchongtongluo Decoction for the treatment of acute cerebral infarction and prognosis of patients with neurological better improvement, is a more effective means of rehabilitation treatment of acute cerebral infarction.

【Key words】 Acupuncture; Wuchongtongluo Decoction; Acute cerebral infarction; Nerve function; Oxford handicapped score

* 基金项目: 湖北省武汉市卫计委公共卫生科研项目 (WG13B14)

[△] 通信作者 (电子邮箱: 3746954@qq.com)

缺血性脑卒中是临床常见的神经内科疾病,患者起病急、病情进展快、预后差^[1],康复治疗的实施对于改善患者的生活质量有着重要的临床价值。目前在世界范围内普遍认为中医药治疗是疾病康复的重要手段之一^[2]。本研究通过对 113 例急性脑梗死患者采用针灸联合五虫通络汤进行治疗取得了良好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2011 年 4 月至 2014 年 2 月期间我院收治的急性脑梗死患者 221 例,所有患者均经影像学检查确定为急性脑梗死^[3],且中医辨证为风火上扰、瘀血阻络所致。排除意识障碍者,排除其他系统严重疾病者,排除其他疾病导致患者肢体功能障碍者。将所选病例随机分为两组。其中对照组 108 例,观察组 113 例。两组患者在性别、年龄、病程等方面差异无统计学意义,见表 1。

表 1 两组患者基本资料比较

组别	n	性别[n(%)]		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (d, $\bar{x} \pm s$)
		男	女		
观察组	113	70(61.95)	43(38.05)	65.22±4.82	7.41±0.69
对照组	108	67(62.04)	41(37.96)	65.37±5.71	7.38±0.72

1.2 治疗方法 对照组患者发病 48 h、病情稳定后给予针灸康复治疗。选取风池、人中、太溪以及内关为主要穴位。对于上肢瘫痪的患者加曲池、合谷、极泉以及尺泽穴;对于下肢瘫痪者加用委中、阳陵泉、三阴交以及足三里;吞咽障碍的患者加人迎、廉泉以及翳风;口角歪斜者加用地仓穴;言语不清者加哑门穴;尿潴留或失禁者加关元、中极。针灸采取平补平泻的方法,得气之后常规留针 30 min,每日 1 次。观察组在对照组基础上加用五虫通络汤进行康复治疗。以川芎 20 g,地龙、僵蚕、木瓜、葛根、当归各 15 g,蝉蜕 10 g,水蛭、全蝎各 5 g,炙甘草 6 g 组成五虫通络汤,以水煎煮,每剂煎煮 2 次各 30 min,取汁 300 mL,分 3 次于三餐前 30 min 口服。两组患者疗程均为 6 个月。

1.3 观察指标 神经功能缺损评分,于治疗 1 个月时采用美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIHSS)对两组患者治疗前后神经功能进行评价^[4]。并采用 Fugl-Meyer 评价量表对两组患者治疗前后运动功能进行评价^[5]。牛津残障评分,于治疗 6 个月时,以患者完全没有症状为 0 级;以患者有症状,但是没有明显的功能障碍,可以完成日常的工作和生活为 1 级;以轻度残疾,不需要帮助,生活和工作可以自理为 2 级;以患者有中度残疾,不需要帮助可以行走,但是有些活动和工作需要帮助为 3 级;以患者有重度残疾,不能独立行走,个人生活不能自理,需要他人帮助为 4 级;以患者有严重

残疾,长期卧床,大小便失禁,需要持续的护理为 5 级;以患者死亡为 6 级^[6]。

1.4 统计学处理 应用 SPSS13.0 统计软件。计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组神经功能缺损评分比较 见表 2。治疗前两组患者 NIHSS 评分和 Fugl-Meyer 评分差别不大,无统计学意义($P > 0.05$)。经治疗,观察组 NIHSS 评分明显低于对照组,Fugl-Meyer 评分明显高于对照组,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 两组患者治疗前后神经功能缺损评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	NIHSS 评分	Fugl-Meyer 评分
观察组 (n=113)	治疗前	21.98±2.11	9.76±0.94
	治疗后	40.07±4.08 [△]	71.17±2.97 [△]
对照组 (n=108)	治疗前	22.57±2.16	15.17±0.79
	治疗后	39.41±4.16	57.20±5.04

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

2.2 牛津残障评分 见表 3。经过 6 个月康复治疗,观察组牛津残障评分 1 级、2 级者明显高于对照组此两级评分的比例,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 两组患者治疗后 6 个月牛津残障评分比较(n)

组别	n	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级	6 级
观察组	113	0	16(14.16) [△]	44(38.94) [△]	32(28.32)	17(15.04)	4(3.54)	0
对照组	108	0	6(5.56)	23(21.30)	42(38.89)	29(26.85)	5(4.63)	3(2.79)

3 讨论

急性脑卒中是临床常见的脑血管疾病,及时有效的治疗可以挽救患者的生命,但是大多患者可遗留不同程度的后遗症,严重影响生活质量^[7]。中医学认为,脑梗死属于中风的范畴。在现代医学研究中发现,在病变的急性期,虽然病灶处大量神经细胞死亡,但是在病灶的周围,仍然有许多神经细胞并没有完全死亡,而是处于休眠状态,使暂时失去活性的神经细胞恢复正常的功能对于改善患者的预后有着重要的意义^[8]。

针灸是中医治疗的重要组成部分,是一种内病外治的医疗方法。其中针刺疗法是指将毫针在中医理论指导下以一定的角度刺入患者体内,运用适当手法刺激人体的特定部位从而对疾病进行治疗,所刺入的特定部位就是穴位^[9]。通过针刺方法对急性脑梗死患者进行治疗,是通过对穴位的刺激增加脑组织的血流量,使脑细胞的兴奋性恢复,减轻由于缺血缺氧而造成的局部损伤;同时有利于病灶处早期建立侧支循环,从而改善局部的血液循环^[10],为病灶周围的脑组织提供充

足营养,加速受损的神经细胞尽快进行修复。在本研究中,通过针灸治疗的对照组患者 NIHSS 评分和 Fugl-Meyer 评分分别为(15.17±0.79)分和(57.20±5.04)分;经过 6 个月康复治疗对照组患者均有不同程度的后遗症,经牛津残障评分,1 级和 2 级损伤患者分别占 5.56%和 21.30%,可见治疗效果并不十分理想。

中药汤剂同样是中医治疗的重要手段,在我国已经延用数千年之久,剂型组方灵活,可有利于辨证施治,而且以水作为溶剂,制作方法简便。在中医理论中,虫类药物具有走窜通达、破血行气的作用。本研究中五虫通络汤以地龙、僵蚕、蝉蜕、水蛭、全蝎入药,具有活血化瘀、行气散结的作用;当归、川芎为补血活血药物。现代药理学发现,虫类药物可以有效缓解血管痉挛,而葛根对于血管内皮具有保护作用,微血管得到有效扩张,微循环得以改善,从而避免了血小板聚集。在本研究中,在针灸治疗基础上,加用此方剂进行治疗的对照组患者,NIHSS 评分(9.76±0.94)分,明显低于对照组, Fugl-Meyer 评分为(71.17±2.97)分,明显高于对照组,即针灸联合五虫通络汤治疗的患者无论是神经功能还是运动功能恢复状况均要优于单纯针灸治疗者。而采用牛津残障评分对其预后进行评价时发现,虽然联合治疗的患者也都不同程度留有后遗症,但是 1 级和 2 级者分别占 14.16%和 38.94%,明显多于单纯针灸治疗者,即其预后更好。

因此,针灸联合五虫通络汤治疗急性脑梗死对患者的神经功能和预后具有更好的改善作用,是一种更为有效的急性脑梗死康复治疗手段。

参 考 文 献

- [1] English CK, Thoirs KA, Fisher L, et al. Ultrasound is a reliable measure of muscle thickness in acute stroke patients, for some, but not all anatomical sites: a study of the intra-rater reliability of muscle thickness measures in acute stroke patients[J]. *Ultrasound in Medicine and Biology*, 2012, 38(3): 368-376.
- [2] 杨福霞, 杨卓欣, 于海波, 等. 调任通督针法治疗脑梗死恢复期患者的临床观察[J]. *针灸临床杂志*, 2011, 27(4): 48-50.
- [3] 王琰萍, 张晓玲, 朱敏初, 等. 认知康复训练对急性脑梗死后认知功能障碍患者脑电特征的影响[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2012, 34(6): 453-455.
- [4] 姚汉玲, 李竞. 糖尿病合并脑梗死患者急性期血糖控制水平与神经功能缺损评分的相关分析[J]. *疑难病杂志*, 2011, 10(2): 99-100.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 中国医药科技出版社, 2002.
- [6] 翟丽萍, 刘春艳, 王丽, 等. 早期鼻饲能全力营养液对重型颅脑损伤患者营养指标及临床预后的影响[J]. *中国老年学杂志*, 2014, (8): 2126-2127.
- [5] 唐国文, 曾盛, 林世泳, 等. 依达拉奉联合吡拉西坦治疗大面积脑梗死患者 42 例疗效观察[J]. *河北医学*, 2011, 17(12): 1640-1642.
- [6] 李乐军, 陈丽萍, 刘晓丽, 等. 中药泡洗结合针灸推拿和康复训练对脑梗死后肩手综合征患者的生活质量影响[J]. *时珍国医国药*, 2013, 24(1): 173-175.
- [7] 颜培宇, 王亚贤, 于晓红, 等. IL-1β mRNA 在脑梗死大鼠脑组织表达及针药结合治疗后的免疫干预机制[J]. *针灸临床杂志*, 2013, 29(10): 45-47.
- [8] 陈启波. 针灸结合康复治疗干预时机对不同程度脊髓损伤患者神经功能恢复的影响[J]. *中国老年学杂志*, 2011, 31(5): 772-773.
- [9] 孙智霞. 三虫补阳还五汤对急性脑梗死患者临床及血液流变学指标的影响[J]. *中国实验方剂学杂志*, 2011, 17(12): 234-236.
- [10] 张伯莎, 安靓, 张艺竹, 等. 葛根芩连汤中葛根和甘草对黄芩有效成分在大鼠肝代谢的影响[J]. *中草药*, 2012, 43(11): 2227-2231.

(收稿日期 2014-09-09)

欢迎投稿 · 欢迎订阅

· 研究报告 ·

危重症患者胃肠功能障碍的中医证候学研究*

许敏怡 熊秀萍[△] 沈瑜倩

(江苏省常熟市中医院, 江苏 常熟 215500)

中图分类号: R278 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0069-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.023

【摘要】目的 研究危重症患者胃肠功能障碍的中医证候特征。**方法** 通过采集危重症患者初次发生胃肠功能障碍时的临床症状、体征, 并对患者症状、舌脉、证型分布等采用频次描述的方法进行研究, 从而探索危重症患者胃肠功能障碍的中医证候学研究。**结果** 在 79 例病例中, 症状方面: 纳差(58 例)、便秘(41 例)、腹胀(40 例)、少尿(34 例)、呕吐(29 例)出现频次最多, 频率分别为 73.42%、52.90%、50.63%、43.38%、36.71%。舌象方面: 舌红、腻苔、黄苔、舌淡红、薄苔、厚苔出现频次最高, 频率分别为 59.49%、48.10%、39.24%、34.18%、32.91%、29.11%。脉象方面以细脉、数脉、弦脉、滑脉出现频次最高, 频率依次为 46.84%、31.65%、27.85%、24.05%。证型方面: 脾胃虚弱证 24 例, 湿热壅滞证共 20 例, 寒湿内盛证共 15 例, 瘀滞胃肠证共 15 例, 肠热腑实证共 5 例, 各自所占比例为 30.38%、25.32%、18.99%、18.99%、6.33%。**结论** 危重症胃肠功能障碍的主要病理因素为湿、热、瘀, 主要证型以脾胃虚弱证、湿热壅滞证较为多见。初次发生胃肠功能障碍的危重症患者入院时即表现出整体状况不佳, 发生胃肠功能障碍的程度则以轻中度为主。

【关键词】 危重症 胃肠功能障碍 中医证候学

Clinical Research of TCM Syndrome in Patients with Severe Gastrointestinal Dysfunction XU Minyi, XIONG Xiuping, SHEN Yuqian. Changshu Hospital of TCM, Jiangsu Province, Jiangsu, Changshu 215500, China

【Abstract】Objective: To study the TCM syndromes of gastrointestinal dysfunction in critical patients characteristics, thus guiding the severity and prognosis of judgment. **Methods:** After collecting the initial event of gastrointestinal dysfunction in critical patients clinical symptoms, signs, tongue veins, and treat patients with symptoms, syndromes and other frequency descriptions were used in research and exploration of TCM syndromes of gastrointestinal dysfunction in critical patients study. **Results:** The symptoms aspects of the 79 cases were poor appetite (58 cases), constipation (41 cases), bloating (40 cases), less urine (34 cases), and vomiting (29 cases) appeared the most frequency. Their frequency were 73.42%, 52.90%, 50.63%, 43.38%, 36.71%. The Tongue signs were respectively red tongue, greasy moss, yellow moss, tongue reddish, thin and thick moss in the highest frequency. Their frequency were 59.49%, 48.10%, 39.24%, 34.18%, 32.91%, 29.11%. The pulse were respectively the frequency of thready pulse, rapid pulse, taut pulse, slippery pulse was 46.84%, 31.65%, 27.85% and 24.05%. Meanwhile, the TCM syndromes were insufficiency of the spleen with 24 cases, damp-heat obstructing lag with 20 cases, cold and damp inside with 15 cases, blood stasis in gastrointestinal with 15 cases, intestinal dryness with 5 cases. Their respective proportions were 25.32%, 30.38%, 18.99% and 6.33%. **Conclusion:** The results of this study shows that severe pathological factors of gastrointestinal dysfunction as dampness, heat and blood stasis, and the types of insufficiency of the spleen, damp-heat obstructing lag syndrome is more common. Occurred first gastrointestinal dysfunction in critically ill patients admitted to hospital when that shows the overall condition, the degree of gastrointestinal dysfunction occurs is given priority to with mild-moderate donor.

【Key words】 Critically ill; Gastrointestinal dysfunction; TCM syndrome

胃肠道是疾病演变过程中的重要角色。疾病过程中, 若胃肠功能得不到有效的保护, 则不利于疾病的治疗与预后, 因此, 胃肠道功能受到越来越多的重视。危重症患者胃肠功能障碍的发生机制与防治方法的研究

亦在不断发展。然而由于其机制复杂, 并受多种因素的影响, 西医的治疗方法仍然比较局限。相反的, 中医药在胃肠功能障碍中的地位越来越受到重视。缪希雍根据《黄帝内经》理论认为“胃气者, 即后天元气也, 以谷气为本”, 故重视“胃气理论”对于胃肠功能障碍的早期防治, 对改善预后等方面具有重大的意义。因此, 为了

* 基金项目: 江苏省苏州市科技发展计划项目(SYSD2010034)

△ 通信作者(电子邮箱: xumy891224.se@163.com)

初步研究危重症患者胃肠功能障碍的中医证候特征,从而指导病情轻重和预后的判断,笔者进行了此项研究。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 观察对象为 2011 年 10 月至 2013 年 9 月入住常熟市中医院 ICU 病房且符合胃肠功能障碍诊断标准的危重症患者,共 79 例,其中男性 43 例,女性 36 例,男女比例为 1.19:1。患者年龄 18~90 岁,多数集中在 60 岁以上,其中 70~89 岁人数占 69.6%,平均年龄为(74.27±12.56)岁。所有患者均符合 2007 年中华医学会急诊医学分会危重病专家委员会及中国中西医结合学会急救医学专业委员会联合制定的诊断标准,排除原发病为胃肠道疾病,存在外伤疾病患者,入科时已存在胃肠功能障碍,且难以完整收集临床资料者。

1.2 研究方法 参照《中药新药临床研究指导原则》设计危重症患者并胃肠道功能障碍的证候调查报告表;记录患者一般情况(年龄、性别、主要疾病、主要实验室指标等),以及初次发生胃肠功能障碍时的症状等,统计发生胃肠功能障碍的原发病,症状分布特点,舌脉象分布特点、证型分布特点;对初次发生胃肠功能障碍时进行胃肠功能障碍分级,采用 2007 年国内中华医学会急诊医学分会危重病专家委员会、中国中西医结合学会急救医学专业委员会联合制定的胃肠功能障碍严重程度分级标准;对初次发生胃肠功能障碍时进行 APACHE II 评分分级和多脏器功能障碍综合征(MODS)评分分级。

2 结果

2.1 原发病统计 将 79 例危重症胃肠功能障碍患者的原发病进行统计后,可见肺部感染、慢性阻塞性肺疾病、脑出血出现频率较高,分别为 37.97%、22.78%、15.19%。

2.2 危重症胃肠功能障碍患者的症状体征分布特点见表 1。将 79 例危重症胃肠功能障碍患者的症状学结果进行统计学处理,即对记录的 79 例患者的症状及体征的出现次数及频率进行计算,发现出现最多的症状依次为:纳差(58 例)、便秘(41 例)、腹胀(40 例)、少尿(34 例)、呕吐(29 例)。

2.3 危重症胃肠功能障碍患者的舌象、脉象特点 将危重症胃肠功能障碍患者的舌象进行统计后,其中舌红、舌淡红 59.49%、34.18%;腻苔、黄苔、薄苔、厚苔频率分别为 48.10%、39.24%、32.91%、29.11%;而脉象方面,细脉、数脉、弦脉、滑脉出现频次最高,在 46.84%、31.65%、27.85%、24.05%的病例中都有表达。

2.4 证型分布 见表 2。将危重症胃肠功能障碍患者的各项症状、体征按照中医诊断标准进行分型及统计

表 1 危重症患者胃肠功能障碍主要症状体征分布表

症状	频数(n)	频率(%)	症状	频数(n)	频率(%)
纳差	58	73.42	黑便	19	24.05
便秘	41	51.90	恶心	15	18.99
腹胀	40	50.63	呕血	15	18.88
少尿	34	43.38	出汗	10	12.66
呕吐	29	36.71	泄泻	8	10.13
发热	21	26.58	口干	6	7.59
腹痛	20	25.32	泛酸	3	3.80
嗝气	19	24.05			

后,可发现:脾胃虚弱证 24 例,湿热壅滞证共 20 例,寒湿内盛证共 15 例,瘀滞胃肠证共 15 例,肠热腑实证共 5 例,各自所占比例为 30.38%、25.32%、18.99%、18.99%、6.33%。

表 2 危重症胃肠功能障碍证型分布表

项目	脾胃气虚证	肠热腑实证	寒湿内盛证	湿热壅滞证	瘀滞胃肠证	总计
例数	24	5	15	20	15	79
百分比(%)	30.38	6.33	18.99	25.32	18.99	100.00

2.5 各类积分统计

2.5.1 APACHE II 积分统计 对 79 例病例进行常用的危重病评分,APACHE II 积分<10 分的有 7 人,10~15 分的有 24 人,16~20 分的有 23 人,21~25 分的有 19 人,>25 分的有 6 人,其中 10~15 分之间的人数最多,占 30.38%。

2.5.2 胃肠功能障碍分级统计 对 79 例病例进行胃肠功能障碍评分分级,1 级(轻度)的有 20 人,2 级(中度)的有 58 人,3 级(重度)的有 1 人,其中 2 级(中度)所占比例最多,为 73.42%。

2.5.3 多器官功能障碍评分统计 对 79 例病例进行多器官功能障碍评分,1~4 分有 26 人,5~8 分有 38 人,9~12 分有 12 人,12~16 分有 3 人,其中 5~8 分所占比例最高,为 48.10%。

2.5.4 APACHE II 评分与 MODS 评分相关性比较 所有发生胃肠功能障碍的危重症患者 APACHE II 评分为(17.80±6.13)分,MODS 评分为(5.76±2.34)($P<0.05$),提示 APACHE II 评分与 MODS 评分呈正相关。

2.5.5 APACHE II 评分、MODS 评分与胃肠功能障碍分级相关性比较 见表 3。两组胃肠功能障碍中属于轻度的 APACHE II 评分、MODS 评分差异无统计学意

表 3 不同程度危重症胃肠功能障碍患者的 APACHE II 评分、MODS 评分(分, $\bar{x}\pm s$)

胃肠功能障碍分级	n	APACHE II 评分	MODS 评分
轻度	20	16.15±6.28	5.50±2.28
中度	58	18.40±6.08	5.88±2.38

义($P>0.05$);属于重度的只有 1 例,故无法评估。

3 讨论

胃肠功能障碍是危重患者的常见病和多发病,多处于疾病的终末期,预后一般均较差。中医药在胃肠疾病的治疗领域方面颇有特色及成就。脾胃位处人体中焦,不仅是全身气机升降出入的“枢纽”,更是“气血生化之源”、“后天之本”。古代文献多次强调脾胃功能的旺盛对全身情况的重要影响,如《灵枢·五癃津液别》云“脾为之卫”。《景岳全书·杂证谟·脾胃》篇云“凡欲查病者,必须先查胃气,凡欲治病者,必须常顾胃气。胃气无损,诸可无虑”。李东垣《脾胃论》提出“内伤脾胃,百病由生”的论点,认为脾胃是人体生、长、寿、养的根本,若脾胃受伤,人体的精气血精液受其影响出现一系列病理现象,人体正常的生命活动自然无法维系。《内经》认为“有胃气则生,无胃气则死”,更是体现了中医学对胃气的重视^[1]。姜树民认为应当重视“保胃气”思想,并将其贯穿于治疗始终,往往都能取得良好的疗效^[2]。常熟市中医院周本善名老中医在临证时尤为重视“胃气学说”,巧妙运用“顾护胃气”这一中医学中重要的治疗原则。因此,如脾胃功能正常,则元气得充,脏腑功能正常,疾病不由内生。在急诊急救领域,重视胃肠功能障碍的中医证候学研究,对于发挥中医中药特色优势在改善保护脾胃功能,从而改善危重症患者的预后,无疑是有积极的作用。从本研究的结果看,对于危重症患者,必须尽早关注其食欲、大便通畅情况、腹部情况,对于舌苔厚腻有浊邪的患者,更应尽早发生在胃肠功能障碍前予以化湿祛浊。

4 问题与展望

4.1 样本量不够 由于研究时间过短,加之 ICU 的部分患者无法完整收集临床资料,如气管插管患者无法采集舌象资料,因此导致所收集的病例数量偏少。而实际临床中,发生胃肠功能障碍的危重症患者远远大于本研究中收集到的病例数量。今后可以延长研究时间,分不同病种分别进行研究。

4.2 四诊资料采集不全 中医在疾病诊断过程中,尤为重视“诊法合参”。“诊法合参”是指四诊并用,诸法参用,综合收集病情资料。望闻问切四诊是从不同角度检查病情和收集临床资料,各有其独特的方法与意义。但是,对于 ICU 病房中的危重症患者而言,如何更好地应用望闻问切对疾病进行诊断,是非常值得探讨的。如对于可以采集到舌象的患者而言,尤应重视其舌苔的变化,对邪气的消长以及胃气有无的判断有着重要的意义;对于无法采集舌象的患者而言,应该

增加对观察患者的临床症状、体格检查等资料采集的权重,来弥补无法采集舌象的不足。

4.3 四诊采集存在一定的主观性 由于研究对象为 ICU 病房内的危重症患者,多数患者的语言功能、运动功能障碍或丧失,无法自己表达最主要的不适症状,故病历书写中患者的主诉只能依靠医护人员的临床观察、体格检查、辅助检查等进行描述。由于采集病例的医务人员之间或多或少会存在一定的主观因素,所以误差难以避免的。如何保证危重症患者的基本资料具有客观性,那必须依靠各种仪器或者实验室检查的介入。比如,在采集患者舌象时,可以采用舌象自动分析仪,为根据舌象特征分析中医证候提供了一种量化方法^[3];在采集患者脉象时,通过精密的中医脉诊仪的科学检测与辨证分析,使脉诊客观化研究能真正地服务于中医临床诊断^[4]。

4.4 胃肠功能障碍程度与疾病严重程度的思考 危重症患者一旦发生胃肠功能障碍,直接影响病情的预后。而 APACHE II 评分与 MODS 评分都是评估疾病严重程度的评分方法,应与胃肠功能障碍程度呈正相关性,但是本研究中两两比较后,唯独 APACHE II 评分与 MODS 评分呈正相关,而胃肠功能障碍的轻重程度与两评分间无明显相关性,考虑其与样本量偏小有极大的关系;也可能跟胃肠功能障碍分级的方法与 APACHE II 评分、MODS 评分方法的精确程度存在一定差异有关。后两种评分均采用检验及多个客观指标进行计算,胃肠功能分级则部分采用主观指标以及仅用有或无进行计算,相对比较粗糙。因此,在研究疾病严重程度上,可能难以体现胃肠功能障碍分级的优势。因此,在今后的临床工作中,除了要注重“胃气理论”顾护危重症患者的胃气外,还需要进行大样本研究,或者对胃肠功能障碍分级的方法采取适当的改良,继续探索三者间的相关性,从而指导疾病发展、预后等。

本研究仅将初次发生胃肠功能障碍的患者列入研究对象,而发生胃肠功能障碍之后的病情演变,将留待日后研究。

参考文献

- [1] 许敏怡,熊秀萍,沈瑜倩. 中医药在危重症患者胃肠功能障碍中的应用[J]. 中国中医急症, 2013, 22(11): 1876-1877.
- [2] 姜树民,王宇,王哲. 以“保胃气”治疗多器官功能障碍综合征[J]. 中国中医急症, 2012, 21(1): 29-30.
- [3] 沈兰荪,蔡铁衍. 中医舌象信息采集与分析新进展[J]. 世界科学技术中医药现代化, 2007, 19(5): 97-101.
- [4] 付文倩,齐向华. 中医脉诊辨证模式下的临床辨治研究[J]. 光明中医, 2013, 28(11): 2239-2240.

(收稿日期 2014-09-16)

痰瘀致病论对脑卒中后抑郁临床辨证论治的影响*

陈国胜¹ 孙云廷^{2Δ}

(1. 浙江省富阳市中医院, 浙江 富阳 311400; 2. 浙江省杭州市中医院, 浙江 杭州 310007)

中图分类号: R743.9 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0072-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.024

【摘要】 痰浊、瘀血是中医临床重要的病理产物,也是重要的发病原因。在脑卒中后抑郁(PSD)的临床辨证论治中也有重要的理论和临床意义。本文通过探讨痰瘀在中医临床辨证论治中的重要意义、痰瘀在 PSD 病因病机中的地位 and 痰瘀在脑卒中后抑郁的临床治疗中的重要地位和应用,对 PSD 的中医临床辨证论治提供更多的思路和理论依据。

【关键词】 痰浊 瘀血 脑卒中后抑郁 辨证论治

Influence of Phlegm and Blood Stasis Pathogenesis Theory on Post-stroke Depression of Clinical Syndrome Differentiation and Treatment CHEN Guosheng¹, SUN Yunting². 1 Fuyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhejiang Province, Zhejiang, Fuyang 311400, China; 2 Hangzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhejiang Province, Zhejiang, Hangzhou 310007, China

【Abstract】 The phlegm, Blood stasis was an important product of TCM clinical cases. It was also an important cause of disease. In the clinical diagnosis and treatment of post-stroke depression had important theoretical and clinical significance. In this paper, it was important of the significance and application of phlegm and blood stasis in the clinical treatment of TCM differentiation of symptoms and signs. It can provide more ideas and theoretical basis in the treatment of phlegm and blood stasis in the pathogenesis of depression after cerebral apoplexy.

【Key words】 Phlegm; Blood stasis; Post-stroke depression; Syndrome differentiation and treatment

脑卒中后抑郁(PSD)是脑卒中常见的并发症之一。脑卒中后抑郁之病名在古籍中并无明确记载,但其症状在“百合病”、“脏躁”、“郁证”、“梅核气”、“惊悸”等病中均有相关论述。PSD 减缓脑卒中患者躯体功能康复进度,减慢认知功能的恢复,降低生活生存质量,升高病死率,严重影响中风患者的治疗和康复过程。

PSD 具有本虚标实,虚实夹杂的特点,其临床辨证复杂,难以简单统一。临床有风痰阻络,肝郁气滞,有肝阳兼亢,郁火内蕴,有气虚血瘀,心脾双损,或肝肾不足,忧郁伤神。故其证型临床可从不同角度辨证为痰火扰神、痰蒙心神、气虚血瘀、虚热内扰、肝气郁结、肝郁脾虚、肝郁血虚、心神失养、心脾两虚、气滞痰郁、肝郁瘀阻、痰瘀阻滞、痰热腑实、风痰阻络、髓海空虚等。但由于中风后期气血俱虚,而痰瘀多能贯彻始终。

1 痰瘀致病论在中医临床辨治中的重要意义

“痰”与“瘀”是中医理论中的两类不同病理因素,

二者密切相关,常常互为因果,可单独出现,也可痰瘀互结,复合为病。“百病皆由痰作祟”,说明了“痰”在中医临床中的重要性。颜德馨老先生提出:久病必瘀、怪病必瘀。同样指出了“瘀”在中医临床中的重要性。中医理论认为“久病入络”、“瘀久化热”,气血亏虚运血无力,血行不畅亦成瘀。津血相关,痰瘀同生,互为因果,常致痰瘀互结。因痰生瘀者,痰浊阻滞脉道,妨碍血行,久病入络而成瘀;或痰随气行,痰凝气阻而气滞血瘀。因瘀生痰者,或因瘀阻脉络不通,影响津液的正常输布,聚而为痰;或离经之瘀血溢于脉外,气化失宣,以致津液停积为痰。

痰瘀乃正气败坏之物,在百脉之中,本无单痰或单瘀之谓。津败为痰,营滞为瘀,津血混浊,痰瘀互结乃整个病因病机形成之过程。痰瘀贯穿于卒中前后的各个阶段,在脑则阻遏清阳,神机失用,出现卒中等病。痰源于津,瘀本于血,生理上属“津血同源”,病理上为“痰瘀同病”。元代朱丹溪首倡“痰夹瘀血,遂成窠囊”,明确提出痰瘀同病理论。痰浊瘀血同属阴邪,留滞于脏腑经络,易阻滞气机,痰阻气滞或是气滞血瘀日久均可由痰

* 基金项目:浙江省杭州市医疗卫生及重点专科专病科研攻关专项(20130733Q20)

Δ 通信作者(电子邮箱:hzfy3336940@163.com)

生瘀,由瘀化痰。痰、瘀俱为脏腑功能失调产生的病理产物,二者常单独或相兼为病。痰瘀皆为阴邪,体稠质重,易于黏结相搏,交结难解,故痰瘀日久,胶固难化,蕴结络脉,而成痰瘀互结,是谓“经年宿病,病必在络”。痰浊和瘀血在发病中互为因果,共同影响病情进展。脉为血府,痰瘀互结,则首犯脉道,一则阻滞脉络,二则妨碍气机;更致血行不畅,痰瘀愈郁,如此恶性循环,经脉受损,变证蜂起。痹阻脑脉,清窍失养,则头痛、口歪、嗜睡、目眩;痹阻肢脉,则肢麻无力、手足拘急;痹阻肺脉,则咳嗽咯痰等。

2 痰瘀致病论在 PSD 病因病机中的地位

脑卒中病位在脑,以精气血亏虚为本,痰瘀互结为标。瘀血停着脑府日久,必阻碍元神气机,影响清窍元神功能,又可与痰浊互结而变生他证。PSD 最终是脏腑疾病、气血不调及情志刺激的共同反映。其中以心、肝、脾、肾受累为主,主要病机为气机不调、血行不畅。脑卒中日久可致肝郁乘脾,脾失健运,蕴湿生痰;痰瘀又可阻碍气机,从而进一步气郁不舒;或日久耗伤心气,营血渐耗,出现心神失养之症状表现。可见瘀血阻滞脑络为卒中后抑郁发病之重要因素。气滞血瘀阻滞脑络,损伤元神机能故发为抑郁。表明抑郁必然出现经络气血瘀滞不通的病理状态。

PSD 的辨证分型正伴随人们生活方式和饮食习惯的改变而慢慢发生改变。痰湿体质、滋腻的饮食、安逸久坐的生活方式、长期精神紧张的状态等综合因素导致 PSD 的发生率逐渐升高。张伯礼等发现临床痰瘀互结证近年来显著增多,尤其在心脑血管疾病中表现尤为突出^[1]。而痰瘀证几乎贯穿整个脑卒中的病程,成为中风病的主要证型^[2]。

孟毅等采用临床流行病学调查方法对 177 例脑卒中后抑郁患者的症状、体征、舌象四诊资料进行调查分析。结果 177 例中患者中气滞血瘀证 76 例,肝郁脾虚证 42 例,心脾两虚证 26 例,肾虚肝郁证 18 例,脾肾阴虚证 9 例,痰火扰心证 6 例。认为脑卒中后抑郁的基本中医证型为气滞血瘀证、痰瘀互结证、肾精不足证、脾胃虚弱证、痰火扰心证、肝郁血虚证、肝郁血瘀证、心脾两虚证,以气滞血瘀证最多^[3]。

中风病是本虚标实之证,人体正气不足为本,痰瘀阻络为标。痰、瘀在中风病及 PSD 中至关重要。《景岳全书·郁证》谓“凡五气之郁,则诸病皆有,此因病而郁也;至若情志之郁,则总由乎心,此因郁而病也”。脾主运化,能化生气血以濡养脏腑百脉。“半身不遂,大率多痰”。脏腑虚损是痰、瘀等病理产物形成的基础。

PSD 是以脏腑虚衰为病理基础,痰浊、瘀血为病理产物的病证^[4]。脑卒中后抑郁与脑卒中一脉相承,二者之间有着共同的病理机制,瘀血、痰浊阻蔽元神、神明

失聪是 PSD 的基本病机^[5]。脑卒中患者久必髓海空虚,气血不足,痰瘀互结阻于脑络,加之病久气机郁滞,肝失条达,肝肾亏虚,精血暗耗,髓海失养,日久而致 PSD。PSD 日久必致脏腑功能紊乱,气血运行失调,痰瘀内阻,气血难复,脑窍被蒙,心神失养,变生百证^[6]。气滞与血瘀互为因果,不断恶性循环。日久则脏腑功能渐衰,痰瘀交阻,或痰蒙心窍、痰热扰心、痰浊中阻、肝郁痰扰等而发病^[7]。可见 PSD 的产生发展与中风的病机密切相关,为“脑窍闭阻,神机不运”。痰瘀上蒙清窍,可见反应迟钝、健忘、甚则突然昏倒,不醒人事;久郁化火,上扰神明则可出现头痛、失眠、烦躁易怒,甚则发狂等证。《丹溪心法》谓狂病“多因惊扰,痰血塞于心窍所致”,《重订通俗伤寒论》谓“热陷包络,夹痰瘀互结清窍,症必痉厥并发,终日昏睡不醒,或错语呻吟,或独语如见鬼状”。

3 痰瘀致病论在 PSD 辨证论治中的地位及应用

PSD 的治疗包括了疏肝解郁、调和肝脾、疏肝和胃、益气温阳等方法。祛瘀活血、行气化痰也被广泛应用。

瘀血、痰浊停留脑部不去,新血不生,气机不畅,清阳之气和五脏气血不能上充濡养于脑而致神明失用发为本病。脑卒中后抑郁是在气血逆乱,阴阳失调的基础上,气滞血郁,痰瘀互结,虚实夹杂。在脏腑虚衰、肝肾不足的基础上,导致肝肾阴精亏虚不足,肝气郁结,痰瘀互结,瘀阻脑络,清窍被蒙,髓减脑消,髓海失荣,脑神失调,脑机失运而致。治疗上单用疏肝行气解郁之法远远不够,而应在结合滋补肝肾、行气调肝、解郁安神的同时痰瘀同治、醒脑开窍。

PSD 若其脏腑气衰,血行迟滞,瘀血久留不祛,运化难复,治当用破血逐瘀之法;或用能上行头目、祛脑络之瘀的方法使清阳之府瘀血得祛;若痰热内扰,瘀血阻络,应清热化痰、活血通络为主,同时伍用其他治法。如脑髓失养、肝气郁结可配合从肝论治,治宜滋补肝肾、疏肝解郁。若兼见心失所养,可从心论治,配合养心安神、调气补血之法。若伴有脾胃之气郁结,脾气不能升清,胃气不能降浊,可从脾论治兼顾滋养心脾等。若肾精不足,则从肾论治,兼顾滋补肝肾填髓生精。

痰浊是疾病过程中所形成的病理产物,当其形成之后,又能反作用于人体,干扰机体的正常功能,加重病理变化。痰浊阻闭脑窍,神机失用,导致患者精神、思维异常,也是 PSD 发病的重要病机,当采用化痰泄浊开窍法为方的基本疗法。若肝郁为主,痰、火、郁相互交织,应以解郁化痰、清火开窍为法^[8]。

关幼波老中医强调“治痰要治血,血活则痰化”。痰瘀互结易阻塞脉络,故又十分注重“通络”。脑络畅达,

· 研究报告 ·

丹红注射液联合针刺对急性缺血性脑卒中患者炎症因子水平及血液流变学指标的影响*

梁振湖 张红蕾 祁德波

(河北省临西县人民医院, 河北 临西 054900)

中图分类号: R743.9 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0074-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.025

【摘要】目的 观察丹红注射液联合针刺治疗对急性缺血性脑卒中(IMS)患者炎症因子水平及血液流变学指标的影响,并评价其临床疗效。**方法** 将 110 例 IMS 患者随机分为治疗组和对照组各 55 例,在内科常规治疗的基础上,治疗组给予丹红注射液静滴及针刺治疗,对照组给予奥拉西坦注射液静滴,疗程均为 2 周。**结果** 治疗组与对照组治疗后炎症因子水平、血液流变学指标、临床疗效等较治疗前差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。治疗后两组比较,差异亦明显($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。**结论** 丹红注射液联合针刺治疗 IMS 可降低炎症因子水平,改善血液流变学指标的高黏状态,明显改善患者神经功能缺损程度。

【关键词】 急性缺血性脑卒中 丹红注射液 炎症因子 血液流变学

Effect of Danhong Injection Combined with Acupuncture on Inflammatory Factors Level and Hemorheology Parameters in Acute Stroke Patients LIANG Zhenhu, ZHANG Honglei, QI Debo. People's Hospital of Linxi County, Hebei Province, Hebei, Linxi 054900, China

【Abstract】Objective: To study the effect of Danhong Injection combined with acupuncture on inflammatory factors level and hemorheology parameters in acute stroke patients. **Methods:** 110 acute stroke patients were randomly divided into the treatment group and the control group. All subject received standardized medical drug treatment. The Danhong Injection and acupuncture were added in the treatment group. The treatment courses in 2 groups were lasted for 2 weeks. **Results:** There were some significant differences in the inflammatory factors, the hemorheology, and the clinical effects between the treatment group and the control group after treatment ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion:** Danhong Injection combined acupuncture can markedly reduce inflammatory factors level, improve hemorheology parameters and the ameliorate the damaged degree of neurological function in acute stroke patients.

【Key words】 Acute stroke; Danhong Injection; Inflammatory factors; Hemorheology

急性缺血性脑卒中(IMS)具有高发病率、高复发率、高致残率及高死亡率的特点,脑组织缺血坏死后引起的炎症反应和血液流变的异常与 IMS 有着密切关系。本研究通过观察丹红注射液联合针刺治疗对 IMS 患者炎症因子水平及血液流变学指标的影响,对治疗效果作出评价。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:西医诊断符合 2005 年《中国脑血管病防治指南》中脑梗死的诊断标准^[1];中医诊断符合国家中医药管理局脑病急症科研协作组起草制订的《中风病诊断与疗效评定标准》^[2];均为初次发作。排除标准:颅内血管畸形、脑转移瘤及腔隙性脑梗死;严重呼吸、循环、自身免疫性疾病;2 周内发生严

重感染、其他血管栓塞性等可能影响结果的疾病。

1.2 临床资料 选取 2012 年 3 月至 2014 年 5 月临西县人民医院神经内科入院治疗的 IMS 患者 110 例。随机分为治疗组和对照组各 55 例。其中治疗组男性 21 例,女性 34 例;平均年龄(52.30 ± 8.20)岁;平均发病时间(11.40 ± 5.80)h。对照组男性 23 例,女 32 例;平均年龄(53.20 ± 7.50)岁,平均发病时间(12.10 ± 5.30)h。两组患者临床资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 两组患者均给予内科常规治疗,口服药物控制血压、血糖,静滴药物控制脑水肿,给予抗血小板聚集治疗。在此基础上,治疗组加用丹红注射液和针刺。(1)丹红注射液(步长制药有限公司,国药准字 Z20026866)50 mL 加入 5%葡萄糖注射液 500 mL 内静脉滴注,每日 1 次。(2)针刺。取穴:头部取人中、神庭、百会,患侧上肢取天井、阳池、内关;患侧下肢取阳

* 基金项目:河北省邢台市科学技术研究与发展计划(2014zc090)

陵泉、三阴交、血海。操作方法:患者取健侧卧位,直刺局部产生酸胀感得气后,行平补平泻法,留针 30 min,每日治疗 1 次。对照组给予奥拉西坦注射液(石药集团欧意药业有限公司,国药准字 H20100040)6 g 加入 250 mL 5%葡萄糖注射液 500 mL 内静滴,每日 1 次。两组患者均治疗 14 d。

1.4 观察指标 (1)炎症因子水平。于治疗前后采静脉血检测血清炎症因子超敏-C 反应蛋白(hs-CRP)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)与白细胞介素 6(IL-6)的水平。(2)血液流变学指标。记录治疗前后全血黏度值(高切、低切)、血浆黏度、红细胞压积及血小板黏附率。(3)临床疗效。参照《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》^[3]记录治疗前后日常生活活动能力(ADL)评分和神经功能损害程度评分。

1.5 统计学处理 应用 SPSS 17.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组炎症因子水平比较 见表 1。两组治疗后炎症因子水平较治疗前显著性下降($P < 0.01$),治疗组下降较对照组更为明显($P < 0.01$)。

表 1 两组治疗前后炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	hs-CRP (mg/L)	TNF- α (ng/L)	IL-6 (ng/L)
治疗组	治疗前	4.26 $\pm$ 1.35	14.36 $\pm$ 2.03	105.28 $\pm$ 11.72
(n=55)	治疗后	2.26 $\pm$ 0.45 ^{*Δ}	8.36 $\pm$ 2.05 ^{*Δ}	74.34 $\pm$ 16.35 ^{*Δ}
对照组	治疗前	4.25 $\pm$ 1.22	14.63 $\pm$ 2.81	107.26 $\pm$ 11.56
(n=55)	治疗后	3.64 $\pm$ 0.42 [*]	11.36 $\pm$ 2.14 [*]	96.54 $\pm$ 14.06 [*]

与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.01$;与对照组治疗后比较, ^{Δ} $P < 0.01$ 。

2.2 两组血液流变学指标比较 见表 2。两组治疗后血液流变学指标与治疗前相比具有明显差异($P < 0.05$),治疗组差异更明显($P < 0.05$)。

表 2 两组血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	全血黏度 (mPa·s)		血浆黏度 (mPa·s)	红细胞压积 (%)	血小板黏附率 (%)
		高切	低切			
治疗组	治疗前	7.25 $\pm$ 0.83	9.58 $\pm$ 1.34	1.85 $\pm$ 0.18	55.85 $\pm$ 0.62	47.16 $\pm$ 13.05
(n=55)	治疗后	6.05 $\pm$ 0.14 ^{*Δ}	7.35 $\pm$ 1.56 ^{*Δ}	1.46 $\pm$ 0.24 ^{*Δ}	40.39 $\pm$ 0.35 ^{*Δ}	27.84 $\pm$ 10.45 ^{*Δ}
对照组	治疗前	7.30 $\pm$ 0.62	9.52 $\pm$ 1.36	1.84 $\pm$ 0.32	54.38 $\pm$ 0.24	46.62 $\pm$ 12.64
(n=55)	治疗后	6.63 $\pm$ 0.48 [*]	8.34 $\pm$ 1.65 [*]	1.78 $\pm$ 0.55 [*]	47.82 $\pm$ 0.46 [*]	35.35 $\pm$ 11.42 [*]

与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, ^{Δ} $P < 0.05$ 。下同。

2.3 临床疗效比较 见表 3。两组治疗后 ADL 评分、神经功能损害程度评分差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

IMS 患者因内伤积损、邪毒内生致脑脉闭阻、神匿窍闭,产生中风症状。中医学在 IMS 的治疗方面积累

表 3 两组 ADL 评分和神经功能缺损程度评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	ADL 评分	神经功能缺损程度评分
治疗组	治疗前	31.65 $\pm$ 7.52	23.14 $\pm$ 4.24
(n=55)	治疗后	83.45 $\pm$ 11.65 ^{*Δ}	10.04 $\pm$ 4.16 ^{*Δ}
对照组	治疗前	31.42 $\pm$ 6.84	22.69 $\pm$ 3.92
(n=55)	治疗后	60.54 $\pm$ 15.35	16.35 $\pm$ 3.54

了丰富的经验,治疗以扶正祛邪、醒脑开窍为法。应用客观指标(炎症因子、血液流变学等)来评价中医药的治疗效果成为研究热点。IMS 的病理基础动脉粥样硬化是一个炎症反应过程,脑组织坏死后炎症反应的激活可加重脑组织的损害,炎症因子水平的持续升高提示愈后不良。血液流变学性质的异常则可促进血栓的形成,提示 IMS 呈进展状态及复发率的升高。

丹红注射液的成分丹参和红花可活血化瘀、通脉散结,起到施展神明、养护脑髓的效果。丹参的有效成分丹参酮和红花的有效成分红花黄色素可调节纤维蛋白酶原的平衡,减少血小板聚集,降低全血比黏度,从而改善血液流变学指标的异常,对脑组织缺血再灌注损伤起到防治作用。另一方面丹红注射液对因梗死所致炎症反应产生良性调控作用,张炜等^[4]研究表明,丹红注射液可抑制炎症因子的过度释放,调节促炎、抗炎因子的动态平衡,从而维持脑细胞内环境的稳定,减轻炎症因子造成的脑组织损害,防止卒中进展。IMS 患者督脉之海空虚,不能上荣于脑致髓海不足,窍闭神匿。针刺百会可醒脑宁神、清热开窍;针刺神庭可息风止痉、通窍安神;针刺人中可开窍启闭、苏厥救逆。脑卒中后上肢表现阴急阳缓,内关可疏导水湿,宁心安神;天井及阳池可行气散结、安神通络。下肢表现为阴缓阳急,阳陵泉可行气祛瘀、强筋壮筋;三阴交可活血化瘀、清湿除热,血海化血为气、活血化瘀。四肢穴位的选择侧重于阴阳之平衡,注意协调主动肌与拮抗肌之肌张力平衡。彭伟军等^[5]发现,针刺可改善血液“浓、黏、凝、聚”的流变学状态,改善机体微循环;并通过降低炎症因子 TNF- α 、IL-6 等的表达,抑制脑组织局部的炎症反应,达到保护神经元的目的。

本研究表明,通过丹红注射液静滴和针刺治疗,可显著降低 IMS 患者炎症因子 hs-CRP、TNF- α 和 IL-6 的水平,改善血液流变学指标的高黏状态,验证了丹红注射液和针刺治疗改善 IMS 神经功能损害程度、提高日常活动能力的有效性,提示为其治疗机制之一。

参 考 文 献

- [1] 饶明俐.《中国脑血管病防治指南》摘要(三)[J]. 中风与神经疾病杂志,2006,23(1):4-8.
- [2] 任占利,王顺道. 中风病诊断与疗效评定标准[J]. 北京中医药大学学报,1996,19(1):17-19.
- [3] 全国第 4 届脑血管病学术会议. 脑卒中患者神经功能缺损

- 程度评分标准 (1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
- [4] 张炜, 张小兰, 邢坤. 丹红注射液对冠脉介入治疗患者高敏 C 反应蛋白的影响[J]. 陕西医学杂志, 2009, 38(6): 730-731.

- [5] 彭伟军, 崔寒尽, 廖翔, 等. 醒脑开窍针刺法对重度颅脑损伤患者血液流变学指标的影响[J]. 中国中医急症, 2011, 20(4): 517-518.

(收稿日期 2014-08-11)

(上接第 73 页)

则气血流通。化痰祛瘀, 必先从气论治。气血以通畅为用, 而津血的运行与“气”息息相关。气行则血行, 气滞则血瘀, 气畅则痰消, 气结则痰生。气的失常既为痰、瘀的病理基础, 又是痰瘀同病的继发病变。故化痰祛瘀同时, 需调理气机, 酌情行气、补气。正如庞安所云“善治痰者, 不治痰而治气, 气顺则一身津液亦随气而顺矣”。唐容川亦说“治血者必调气, 使气不为血之病, 而为血之用, 斯得之矣”。

化痰祛瘀常常结合温阳。痰瘀之证, 多见阳气不足, 无力温化水湿则停为痰饮; 寒凝血滞则为瘀。同样, 痰瘀形成后亦会耗夺已损之阳气。故在化痰祛瘀同时, 可根据病情加用温阳药, 此为针对阳虚痰瘀互结证的一种治本方法。化痰祛瘀, 当分清主次, 或祛痰为主, 或祛瘀为主。并注意分清寒热虚实, 灵活辨证, 辨清痰瘀孰轻孰重, 以确定祛痰药或化瘀药之轻重, 提高疗效。化痰祛瘀, 中病即止。化痰祛瘀之法, 易伤正气, 不可久用; 且痰瘀致病, 以虚为本, 故常需配伍扶正之品。治当缓图, 调理贯穿始终。

4 验案举隅

患某, 男性, 66 岁。因“失眠 2 个月”于 2012 年 8 月 20 日就诊。患者 2 个月前无明显诱因出现失眠, 主要表现为入睡困难, 睡后易醒或早醒, 睡眠较浅, 并多梦。后逐渐出现表情淡漠、兴趣降低等症状。有时感觉全身乏力、食欲不振、头晕或头痛。有脑梗死病史 5 个月。既往高血压病史 15 年余。2012 年 3 月 12 日头颅 CT 检查: 右侧基底节区脑梗死。查体: BP 140/80 mmHg, 神清, 精神差, 言语可, 智力正常, 饮水偶有轻度呛咳。舌质暗, 有瘀点, 苔黄腻。脉沉细。辨证为痰瘀互结证, 中药拟化痰祛瘀为主、兼顾安神定志, 温胆汤加减, 初诊方药组成: 制胆星 8 g, 橘红 10 g, 竹茹 15 g, 枳实 10 g, 陈皮 12 g, 茯苓 15 g, 法半夏 8 g, 酸枣仁 30 g, 炙远志

10 g, 郁金 12 g, 川芎 12 g, 赤芍 12 g, 桃仁 8 g。7 剂, 水煎服, 每日 1 剂。二诊述睡眠改善, 多梦症状好转, 未再头晕头痛, 但仍食少, 乏力, 舌质暗, 有瘀点, 舌苔黄腻较前减轻。去酸枣仁, 加牡丹皮 10 g, 神曲 10 g, 焦山楂 10 g。继服 7 剂, 水煎服, 每日 1 剂。三诊未再述失眠多梦食少, 偶见乏力, 精神较前明显好转, 舌质稍暗, 见少量瘀点, 苔稍腻。上方继服 7 剂, 水煎服, 每日 1 剂。四诊诸症已不明显。

按语: 患者 5 个月前有脑梗死病史, 失眠诸症为 PSD 的表现症状, 可从脑卒中后抑郁治疗。结合舌苔脉象及症状表现, 痰瘀之证明显。温胆汤长于化痰, 川芎、赤芍、桃仁之类善于祛瘀, 并治头晕头痛效佳, 酸枣仁等善于安神, 并山楂之类从脾胃而治, 标本兼治, 不难见效。

参 考 文 献

- [1] 张晗, 康立源, 张伯礼. 心脑血管疾病痰瘀互结证述析[J]. 天津中医药, 2009, 26(2): 172-175.
- [2] 倪青, 于丽红, 高演. 急性缺血性中风中医药研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2008, 6(2): 127-129.
- [3] 孟毅, 刘志勇, 乔明亮, 等. 177 例脑卒中后抑郁病例中医证候分布特点[J]. 中国中医急症, 2014, 23(2): 260-297.
- [4] 唐永祥, 王晓玲, 贺君, 等. 脑卒中后抑郁症“因虚致郁”病机探讨[J]. 湖南中医杂志, 2012, 28(3): 103-104.
- [5] 厉秀云, 鲍继奎, 李振民. 中医辨证论治脑卒中后抑郁 50 例[J]. 华北煤炭医学院学报, 2011, 12(6): 840-841.
- [6] 于涛. 从肝瘀论治卒中后抑郁疗效观察[J]. 医药论坛杂志, 2009, 30(9): 80-81.
- [7] 米建平, 余焯桑, 赵晓红. “醒脑开窍”法治疗卒中后抑郁症的探讨[J]. 辽宁中医药大学学报, 2009, 11(8): 30-31.
- [8] 鲍继奎, 姚恩东, 厉秀云. 活血化痰开窍法治疗卒中后抑郁 150 例[J]. 陕西中医, 2011, 32(3): 294-297.

(收稿日期 2014-08-13)

蛤芪定喘汤治疗支气管哮喘慢性持续期临床观察^{*}

张毅 邓鸣 吕小辉 张厚霞

(广东省深圳市福田区中医院, 广东 深圳 518034)

中图分类号: R562.2⁵ 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0077-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.026

【摘要】目的 观察蛤芪定喘汤治疗支气管哮喘慢性持续期的临床疗效。**方法** 参照《支气管哮喘防治指南(基层版)》拟定的诊断、分期标准,选取分期为慢性持续期的 80 例患者,采用随机数字表法分为治疗组 40 例和对照组 40 例,两组均给予支气管哮喘慢性持续期西医基础治疗,治疗组加用蛤芪定喘汤,观察患者临床显效率、哮喘控制测试积分、肺功能指标、生存质量以及安全性指标。**结果** 采用蛤芪定喘汤的治疗组临床显效率高于对照组($P < 0.05$),治疗组改善患者哮喘控制积分、肺功能指标及生活质量较对照组明显($P < 0.05$)。**结论** 蛤芪定喘汤治疗支气管哮喘慢性持续期的患者疗效明显,具有改善临床症状、哮喘控制积分和肺功能指标,提高生活质量作用。

【关键词】 蛤芪定喘汤 支气管哮喘 慢性持续期 中医药

Effect of Geqidingchuan Decoction in 40 cases with Chronic Persistent Asthma ZHANG Yi, DENG Ming, LV Xiaohui, et al. Chinese Medicine Hospital of Futian District, Shenzhen City, Guangdong Province, Guangdong, Shenzhen 518034, China

【Abstract】Objective: To study the clinical study of *Geqidingchuan Decoction* in the treatment of chronic persistent asthma. **Methods:** According to the guidelines for the prevention and treatment of bronchial asthma (Basic Edition) for diagnosis, staging, selection of stage 80 cases of chronic persistent period of patients, the prospective randomized control method was divided randomly into the traditional Chinese medicine group of 40 cases and the control group of 40 cases. Two groups were given to chronic duration of conventional therapy. Treatment group was added with *Geqidingchuan Decoction*. After treatment, some indices were detected including clinical effective rate, asthma control test points, pulmonary function, life quality and safety index. **Results:** Traditional Chinese medicine clinical use *Geqidingchuan Decoction* rate was higher than that of the control group ($P < 0.05$). Chinese medicine group can improve the patients with asthma control points, pulmonary function, quality of life ($P < 0.05$). **Conclusion:** Effect of *Geqidingchuan Decoction* in the treatment of chronic persistent asthma obviously can improve the clinical symptoms, asthma control points and pulmonary function. It can improve the quality of life effect.

【Key words】 *Geqidingchuan Decoction*; Bronchial asthma; Chronic persistent period; Traditional Chinese Medicine

支气管哮喘(简称哮喘)是常见的慢性呼吸道疾病之一,是变应原或其他因素引起的支气管高反应性下出现的广泛而可逆的气道狭窄性疾病^[1]。目前临床上治疗仍以支气管扩张剂、糖皮质激素为主,虽然短期内能够改善临床症状,但长期应用副作用较大,容易反复发作。本研究采用蛤芪定喘汤治疗支气管哮喘慢性持续期患者,取得了满意的临床疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取深圳市福田区中医院 2013 年 5

月至 2014 年 5 月住院及门诊患者,共入选 80 例,按照随机数字表法分为治疗组 40 例和对照组 40 例。治疗组男性 25 例,女性 15 例;年龄 18~62 岁,平均(38.2±12.9)岁;病程 1.8~19 年,平均(11.3±6.4)年;分级轻度者 22 例,中度者 18 例。对照组男性 22 例,女性 18 例;年龄 21~60 岁,平均(41.8±10.3)岁;病程 1.5~17 年,平均(9.3±7.2)年;分级轻度者 19 例,中度者 21 例。两组患者经统计学处理在性别、年龄、病程、病情程度及中医证候积分方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 病例选择 西医诊断标准参照 2013 年我国《支气管哮喘防治指南(基层版)》^[2]中支气管哮喘慢性持

^{*} 基金项目:广东省深圳市福田区卫生公益性科研项目(FTW2014075)

续期诊断标准。中医诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]中“哮喘”辨证属肺肾两虚,痰瘀阻肺的分型标准制定。呼吸急促,喉中时有痰鸣,反复不愈,每因外邪而诱发,发作时无痰或少痰,痰黏难咯,发后则痰多咳嗽,痰出而哮喘缓解,平素短气息促,动则尤甚,腰酸腿软,面色晦暗,舌质暗,苔白滑,脉弦细。同时纳入符合支气管哮喘诊断标准并处于慢性持续期;符合中医辨证属肺肾两虚,痰瘀阻肺的诊断标准;年龄 ≥ 18 岁;患者知情同意;预计对研究人员的观察和评价有良好的依从性。排除支气管哮喘急性加重期或缓解期;合并严重感染及有其他肺部疾病者;有严重心、脑、肾、肝、血管疾病,肿瘤,血液系统等原发性疾病者;近期参加过或正在参加其他科研试验者;妊娠和哺乳期妇女。

1.3 治疗方法 两组均接受支气管哮喘慢性持续期西医基础治疗,包括糖皮质激素、 β_2 受体激动剂、茶碱以及祛痰剂等。治疗组在上述治疗基础上给予蛤芪定喘汤,组成蛤蚧 30 g,黄芪 30 g,淫羊藿 15 g,女贞子 15 g,白术 15 g,法半夏 10 g,丹参 15 g,当归 10 g,地龙 10 g,炙甘草 5 g。药物采用浓缩制剂,1 mL 含药物 1 g,每次按 1.0 g/kg 剂量口服,给药前稀释为 100 mL,每日 2 次,早晚餐后服用。两组均以 4 周为 1 个疗程,连续 2 个疗程后统计疗效。

1.4 观察指标 (1)哮喘控制测试(ACT)^[4]:哮喘控制测试分为 5 个部分:妨碍日常活动频率、呼吸困难次数、夜间哮喘频率、使用急救情况及自我对哮喘控制。通过哮喘控制测试表对哮喘患者过去 4 周情况进行综合判定,25 分为控制、20~24 分为部分控制、低于 20 分为未控制;(2)肺功能:检查用力肺活量(FVC)、第 1 秒用力呼气量(FEV₁)、最大呼气流速(PEF),以此为主要观测指标;(3)生存质量:采用圣乔治呼吸问卷(SGRQ)^[5],此问卷包括 50 道问题,可划分 3 个部分:呼吸症状、活动受限、疾病影响。各部分预计分值的范围为 0~100,总分分值等于所有阳性选项的得分之和与全部问题总预计分比值的 100 倍,得分越低提示患者健康状况越好。

1.5 疗效标准 (1)综合疗效评定。参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]中疗效判定标准。临床控制:哮喘症状完全缓解,即使偶有轻度发作,不需用药即可缓解,FEV₁(或 PEF)增加量 $>35\%$ 或治疗后 FEV₁(或 PEF) $\geq 80\%$ 预计值,PEF 昼夜波动率 $<20\%$ 。显效:哮喘发作较治疗前明显减轻,FEV₁(或 PEF)增加量范围 25%~35%或治疗后 FEV₁(或 PEF)达到预计值 60%~79%,PEF 昼夜波动率 $<20\%$ 。有效:哮喘症状有所减轻,FEV₁(或 PEF)增加量范围 15%~24%。无效:临床症状和 FEV₁(或 PEF)测定值无改善或反而加重。临床控制与显效两者合计为显效,据此计算显效率。(2)中医证候疗效评价。参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]

分为:临床控制:症状基本消失,哮喘轻度,证候积分减少 $\geq 95\%$ 。显效:症状明显好转,哮喘明显减轻,证候积分减少 $\geq 70\%$ 但 $<95\%$ 。有效:症状有所好转,哮喘减轻,证候积分减少 $\geq 30\%$ 但 $<70\%$ 。无效:症状及哮喘无明显改善,甚或加重,证候积分减少 $<30\%$ 。临床控制与显效两者合计为显效,据此计算显效率。(3)临床安全性指标。常规测定治疗后各病例血常规、尿常规、肝肾功能、心电图检查以及相关不良反应的临床表现。

1.6 统计学处理 应用 SPSS13.0 统计分析软件。各组计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,所有统计检验均采用双侧检验,各组计数资料采用 χ^2 检验。正态分布计量资料组间两独立样本前后比较用配对 t 检验,偏态分布计量资料组间采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者综合疗效比较 见表 1。两组综合疗效总控显率差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组患者综合疗效比较(n)

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总控显率(%)
治疗组	40	15	20	5	0	87.50 [△]
对照组	40	12	15	12	1	67.50

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

2.2 两组中医证候疗效比较 见表 2。治疗组中医证候疗效总控显率差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 两组患者中医证候疗效比较(n)

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总控显率(%)
治疗组	40	17	19	3	1	90.00
对照组	40	11	17	10	2	70.00

2.3 两组治疗前后哮喘控制测试积分比较 见表 3。治疗后两组患者哮喘控制测试各项积分及总分较治疗前均明显提高($P < 0.05$),且治疗组各项积分及总分要高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 两组患者治疗前后哮喘控制测试积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	妨碍日常活动	呼吸困难次数	夜间喘息频率	使用急救药物次数	哮喘控制自我评价	总积分
治疗组	治疗前	3.52 $\pm$ 0.41	3.27 $\pm$ 0.52	3.38 $\pm$ 0.64	3.42 $\pm$ 0.56	3.39 $\pm$ 0.37	16.98 $\pm$ 2.50
	(n=40) 治疗后	4.61 $\pm$ 0.55 [△]	4.56 $\pm$ 0.43 [△]	4.69 $\pm$ 0.48 [△]	4.54 $\pm$ 0.52 [△]	4.66 $\pm$ 0.63 [△]	23.06 $\pm$ 2.61 [△]
对照组	治疗前	3.49 $\pm$ 0.38	3.18 $\pm$ 0.56	3.31 $\pm$ 0.43	3.35 $\pm$ 0.64	3.40 $\pm$ 0.47	16.73 $\pm$ 2.90
	(n=40) 治疗后	4.28 $\pm$ 0.46 ^{**}	3.84 $\pm$ 0.62 ^{**}	3.92 $\pm$ 0.52 ^{**}	4.29 $\pm$ 0.49 ^{**}	4.17 $\pm$ 0.55 ^{**}	20.50 $\pm$ 2.64 ^{**}

与本组治疗前比较, $^{\Delta}P < 0.05$, $^{**}P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

2.4 两组治疗前后肺功能比较 见表 4。两组患者治疗后 FVC、FEV₁、PEF 较治疗前均明显改善,差异具有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。两组患者治疗后相比较,治疗组 FEV₁、PEF 改善情况要优于对照组,差异

有统计学意义($P < 0.01$),但 FVC 改善不明显,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 4 两组患者治疗前后肺功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	FVC(L)	FEV ₁ (L)	PEF(L/s)
治疗组 (n=40)	治疗前	3.13±0.55	1.52±0.58	4.12±1.31
	治疗后	3.47±0.61*	2.39±0.64**△	6.42±1.15**△
对照组 (n=40)	治疗前	2.96±0.65	1.51±0.52	4.03±1.58
	治疗后	3.26±0.56*	2.01±0.53*	5.33±1.21*

2.5 两组治疗前后 SGRQ 量表比较 见表 5。两组患者治疗后的呼吸症状、活动受限、疾病影响积分及总积分均明显下降($P < 0.05$),且治疗组低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表 5 两组患者治疗前后 SGRQ 积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	呼吸症状	活动受限	疾病影响	总积分
治疗组 (n=40)	治疗前	70.24±7.58	62.63±6.44	60.61±7.49	66.82±7.53
	治疗后	40.83±6.46*△	31.89±5.37*△	32.04±6.38*△	35.26±6.65*△
对照组 (n=40)	治疗前	69.57±7.36	60.67±7.45	61.72±6.64	65.49±7.71
	治疗后	48.42±7.53*	38.47±6.51*	41.64±7.55*	43.52±6.38*

3 讨论

支气管哮喘是一种气道慢性炎症,并具有气道高反应性的特征,由于外源性激素可抑制多种炎性细胞的活性和炎性因子的生成和释放,进而预防气道的重塑,因而可在短时间内控制病情急性发作,但对哮喘慢性持续期的长期疗效往往欠佳,停药后易导致复发^[7]。

中医学将支气管哮喘归纳于“哮病”、“喘证”、“痰饮”等病证范畴。元代朱丹溪首以“哮喘”为病名,并阐明其病机“专注于痰”。清代王旭高提出重在补益肺脾肾,是针对哮喘久病不愈,肺脾肾亏虚的病机,采用益肺、健脾、补肾进行治疗的一种治法。近代医家对中医药防治哮病有大量的研究,如卓进盛^[8]以补肺汤治疗支气管哮喘慢性持续期患者取得较满意效果。宋修军^[9]认为支气管哮喘痰血证候与血液的黏滞性提高、流动性下降是密切相关的。自拟祛瘀定喘合剂治疗支气管哮喘慢性持续期痰瘀阻肺证,取得显效。这使笔者认识到“痰”为本病的病理因素,“痰瘀阻肺”为该病的宿根,而肺脾肾虚为其迁延不愈的根本原因,肾虚不能纳气在先,脾失健运,痰自内生,上于肺,随后肺气不利而发为哮喘。

本研究采用具有补益肺肾、祛痰化痰功效的蛤蚧定喘汤进行治疗。方中黄芪、蛤蚧补益肺肾为君药,淫羊藿、女贞子补肾纳气为臣药,白术健脾益气,法半夏燥湿化痰,丹参、当归活血祛瘀,地龙解痉平喘共为佐药,炙甘草调和诸药为使药。现代药理研究证实方中蛤蚧有抗炎、增强免疫力、解痉平喘、抗衰老等作用^[10];

黄芪能提高血浆皮质醇含量,增强肾上腺皮质的功能,可通过内源性糖皮质激素发挥协同作用,并减少外源性糖皮质激素的应用所引起的不良反应^[11];淫羊藿、女贞子配伍能明显升高皮质酮含量,并有上调肾上腺皮质激素和促肾上腺皮质激素释放激素含量的作用,通过调节内源性糖皮质激素影响下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴及增强糖皮质激素受体在肺组织的蛋白表达的作用^[12];白术能提高免疫力,延长淋巴细胞的寿命,同时还有抗菌、消炎等作用;半夏能解除支气管痉挛,使支气管分泌物减少,起到镇咳祛痰的作用,并对咳嗽中枢有一定的镇静作用;丹参能明显抑制气道高反应性,有效改善肺通气和微循环,还能提高机体的耐缺氧能力;当归能减轻变态反应性炎症,扩张肺血管,改善肺通气和肺循环,提高免疫力,平喘等作用;地龙可以减轻哮喘症状,改善肺功能以及提高哮喘患者的生活质量。

本研究结果表明蛤蚧定喘汤能有效改善支气管哮喘慢性持续期患者的临床症状,其在哮喘控制测试、肺功能指标和生存质量方面均具有明显差异。

参 考 文 献

- [1] 曹晓焕,李玉华,司英奎,等. 支气管哮喘的研究进展[J]. 中国中医药现代远程教育,2011,9(24):153-160.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 中国支气管哮喘防治指南(基层版)[J]. 中国实用内科杂志,2013,33(8):615-622.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:278.
- [4] Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, et al. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control[J]. J Allergy Clin Immunol, 2004, 113(1):59.
- [5] Jones PW. Quality of life measurement for patients with diseases of the airways[J]. Thorax, 1991, 46(9):676.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:65-66.
- [7] 赵新运. 中西医结合治疗支气管哮喘临床观察[J]. 临床合理用药杂志,2010,3(19):77-78.
- [8] 卓进盛. 补肺汤治疗支气管哮喘慢性持续期的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(16):256-258.
- [9] 宋修军, 宫卫星. 祛瘀定喘合剂治疗支气管哮喘慢性持续期痰瘀阻肺证 32 例[J]. 中国中医药现代远程教育,2010,8(13):35-36.
- [10] 蔡永敏,任玉让,王黎,等. 最新中药药理与临床应用[M]. 北京:华夏出版社,1999:348-350.
- [11] 石瑞如,刘艳红,翁世艾,等. 人参、黄芪、枸杞子对老年大鼠一些内分泌激素的调节作用[J]. 中医药学报,1998,26(3):56-57.
- [12] 刘仁慧,郑君芳,袁颖,等. 淫羊藿女贞子配伍调节哮喘大鼠 NO/ET 及 HPA 轴作用的研究[J]. 中国中药杂志,2010,35(12):1590-1593.

(收稿日期 2014-08-28)

原明忠教授自拟五首通脉汤治疗冠心病心绞痛用药特色*

曹 方¹ 张永康^{2△} 原道昱³

(1.山西中医学院,山西 太原 030024;2.山西省人民医院,山西 太原 030012;3.山西省中医院,山西 太原 030012)

中图分类号:R249.8 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)01-0080-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.027

【关键词】 原明忠 心绞痛 五首通脉汤

原明忠(1926-2010年),男性,山西省人民医院主任医师,教授,享受国务院特殊津贴,是全国第1批和第2批名老中医药专家学术经验继承工作指导老师。他医术精湛,从事中医临床60余载,擅长中医内科、妇科,尤对心脏病研究较深,擅长用中医药诊疗冠心病与心衰,疗效显著。冠心病心绞痛是冠状动脉供血不足,心肌急剧、短暂的缺血与缺氧所引起的临床综合征。特点为阵发性的前胸压榨性疼痛,胸痛部位位于胸骨后,可放射至心前区及左上肢,常发生于劳累或情绪激动时,持续数分钟,休息或服硝酸酯制剂后消失^[1]。冠心病心绞痛相当于中医的“胸痹心痛”。历代医家对胸痹的病因病机及治疗都有自己独特的理解。张仲景《金匮要略》首次提出“胸痹”的病名,认为胸痹的病机是“阳微阴弦”即上焦阳气虚,下焦阴寒盛。原老则根据多年临床经验,创立治疗胸痹的经验方。五首通脉汤首见于原明忠教授主编的《冠心病证治》,这是论述中医治疗冠心病的最早的著作之一。现将原老治疗冠心病心绞痛的经验方介绍如下。

1 自拟五首通脉汤

1.1 益气通脉汤 本方源于生脉饮(《内外伤辨惑论》)、膈下逐瘀汤(《医林改错》)。组成:党参 10~30 g,麦冬 10~20 g,五味子 10~20 g,生蒲黄 10~20 g,红花 10~20 g,川芎 15~20 g,赤芍各 15~20 g,木香 9~12 g,郁金 10~15 g,何首乌 10~15 g,丹参 20~30 g。功能:益气阴强心力、化瘀血通心脉。用于治疗胸痹心痛,冠心病心绞痛,心梗恢复期及陈旧心梗,病毒性心肌炎。党参、麦冬、五味子益气阴强心力,与川芎、红花、蒲黄、丹参等活血祛瘀药同用,能增强疏通心之脉络作用。木

香、郁金则有疏理气机,消散瘀血作用。郁金、蒲黄、川芎、丹参等有减轻动脉粥样硬化斑块的作用。

1.2 滋潜通脉汤 本方源于稀莖丸(《景岳全书》)、膈下逐瘀汤(《医林改错》)。组成:稀莖草 20~30 g,何首乌 10~15 g,女贞子 10~15 g,菊花 20~30 g,丹参 15~30 g,红花 15~30 g,川芎 10~15 g,赤芍 20~30 g,木香 10~15 g,郁金 10~15 g。功能:滋阴潜阳、行气活血、疏通脉络。用于治疗阴虚阳亢证的冠心病心绞痛,脑梗死、脑出血后遗症,脑供血不足。稀莖草清肝热抑肝阳,活血通脉络,何首乌、女贞子、生地黄滋肾阴,丹参、川芎、赤芍、红花活血通脉络,木香、郁金行气化瘀使气行则血行,诸药配伍合理,共滋阴潜阳,行气活血,疏通脉络之功。

1.3 宣痹通脉汤 本方源于瓜蒌薤白白酒汤(《金匮要略》)、膈下逐瘀汤(《医林改错》)。组成:瓜蒌、丹参各 20~30 g,薤白、郁金、灵脂块各 10~15 g,木香、蒲黄 10 g,川芎 15~20 g,赤芍 15~30 g,红花 15 g。功能:宣痹通阳,化瘀通心脉。用于治疗胸阳不振,血脉瘀阻之冠心病心绞痛。瓜蒌、薤白宣痹胸阳,木香、郁金行气通脉,川芎、赤芍、红花、丹参、蒲黄、灵脂块活血化瘀止痛,合用能促进心脉气血之流通。

1.4 化瘀通脉汤 本方源于膈下逐瘀汤(《医林改错》)。组成:木香、蒲黄、五灵脂、郁金各 10~15 g,川芎 15~20 g,红花 10~20 g,赤芍 15~20 g。加減:心痛甚,加乳香、没药或延胡索。功能:理气机,化瘀血,通心脉。治疗气滞血瘀、心脉瘀滞证之冠心病心绞痛。木香、郁金理气化瘀,川芎、赤芍、蒲黄、五灵脂活血通心脉,止心痛。

1.5 温阳通脉汤 本方源于生脉饮(《内外伤辨惑论》)、膈下逐瘀汤(《医林改错》)。组成:党参 10~30 g,附子 6~12 g,麦冬、五味子、红花各 10~20 g,当归 10~15 g,川芎、赤芍各 15~20 g,丹参 20~30 g,黄芪 15~30 g。加減:脉迟加肉桂 10~15 g,畏寒加干姜 9~12 g。功能:

*基金项目:国家中医药管理局“全国名老中医原明忠主任
医师传承工作室建设项目”

△通信作者(电子邮箱:zyk8355@163.com)

益气温阳,化痰通心脉。治疗心气阳虚、心脉瘀滞证之冠心病心绞痛。党参、附子、麦冬、五味子温阳益气强心力,黄芪、当归益气固表、止汗补血,川芎、红花、赤芍化痰通心脉,肉桂助阳行气、止心痛。合用故有温阳益气,疏通心脉之效。

2 药物使用频率及特点

中药在各方中的使用情况,红花(10~20 g)、川芎(15~20 g)、赤芍(15~30 g)在五首通脉汤中均有;原老重用这 3 味药旨在活血化痰,行气止痛,“气行则血行”,“通则不痛”等思想应用淋漓尽致。木香(10~15 g)、郁金(10~15 g)除温阳通脉汤外其他 4 首均用;丹参除化痰通脉汤外其他 4 首均用;蒲黄除滋潜通脉汤和温阳通脉汤外其他 3 方均使用;党参、麦冬、五味子均用于益气通脉汤和温阳通脉汤;首乌用于益气通脉汤和滋潜通脉汤;灵脂用于化痰通脉汤和宣痹通脉汤;豨莶草、女贞子、菊花用于滋潜通脉汤;瓜蒌、薤白用于宣痹通脉汤;附子、当归、黄芪用于温阳通脉汤。

表 1 五首通脉汤中药物归经

归经	药物
肝、胆	红花、川芎、木香、赤芍、郁金、丹参、蒲黄、首乌、灵脂、豨莶草、女贞子、菊花、当归
心	红花、郁金、丹参、麦冬、五味子、瓜蒌、当归、附子
脾	木香、党参、附子、当归、黄芪
肺	党参、麦冬、五味子、菊花、瓜蒌、薤白、黄芪
肾	五味子、首乌、豨莶草、女贞子

从表 1 中可以看出原老选用药物大多归于肝胆经和心经,因肝藏血,心主血脉,归心经的药物具有引经作用,使药到病所,加强药物的疗效。在西医认为冠心病心绞痛大多数是由于心肌缺血引起的,应用这些药物补肝肾,养肝血,使肝有藏,心有养。

表 2 五首通脉汤中药物四气归类

四气	药物
温、热	红花、川芎、木香、五味子、首乌、灵脂、薤白、附子、黄芪、当归
寒、凉	赤芍、郁金、丹参、蒲黄、麦冬、豨莶草、女贞子、菊花、瓜蒌
平	党参

从表 2 可以看出原老在用药时选用温热药物偏多,“血得热则行,得寒则凝”,故用温药为多。可以看出原老在治疗胸痹心痛时以温通为主,加寒凉是怕温药药力峻猛,动血迫血妄行。可见原老用药之精当。

《素问·藏气法时论》提出“辛散、酸收、甘缓、苦坚、咸软”。辛具有发散、行气行血的作用,甘具有补益、和中、缓急止痛、调和诸药。苦能清泻火热、降泄逆气、燥湿等作用,从表 3 可以看出原老在治疗冠心病心绞痛偏向于行气、活血、温通的作用。从自拟方可以看出原

表 3 五首通脉汤中药物五味分类

五味	药物
酸	五味子
苦	赤芍、木香、郁金、丹参、蒲黄、麦冬、首乌、灵脂、豨莶草、女贞子、菊花、薤白
甘	党参、麦冬、五味子、首乌、灵脂、女贞子、菊花、当归、黄芪
辛	红花、川芎、木香、郁金、豨莶草、菊花、薤白、附子、当归
咸	灵脂

老认为胸痹的病因病机有气滞、寒凝、瘀血、痰浊痹阻心脉,其中以瘀血最为多见,本虚有气虚、阳虚、阴虚。表 1 中可以看出红花、川芎、赤芍每首方中都有,说明原老治疗胸痹时侧重活血。活血时不忘行气,木香、郁金行气,根据具体情况再加相应的药物。

3 自拟方中常用药分析

3.1 角药 “角药”是指以中医基本理论为基础,以辨证论治为前提,以中药气味、性能、归经、七情为配伍原则,3 味中药联合使用、系统配伍、配成一组,为三足鼎立,互为犄角,这种配伍,比起“药对”作用就比较复杂一些,名之曰“角药”^[2]。角药是介于中药和方剂之间的中间物,角药可以组成一个方剂如生脉散,对药也可以组成一个方剂如小半夏汤,不同之处只在药物数量上。王庆国教授将经方中药物的配对称为“经方方元”,是指构成经方的有规律可循的最小方剂单元^[3]。

3.2 自拟通脉汤中角药分析 (1)川芎、赤芍、红花。川芎,辛温,归肝、胆、心包经。活血行气,祛风止痛。《本草汇言》云“川芎,上行头目,下调经水,中开郁结,血中气药……味辛性阳,气善走窜而无阴凝黏滞之态,虽入血分,又能去一切风,调一切气”。赤芍,苦微寒,归肝经,清热凉血,散瘀止痛。红花,辛温,归心肝经,活血通经,祛瘀止痛,行血活血。原老常将赤芍、川芎合用,活血化瘀,祛瘀止痛,通利血脉,善治瘀滞心腹疼痛。川芎行气活血、赤芍凉血、红花活血,3 药合用共同使瘀血祛而不伤血,动血。(2)党参、麦冬、五味子。此 3 药共组成生脉散,具有益气生津,敛阴止汗的功用。汗为心之液,汗液过多耗伤心阴,津能载气,导致气随汗出,阴损及阳,阴阳两虚,最后阴竭阳脱,导致心阳虚衰。原老在治疗心气阴两虚时必用此组合,及时治疗当起预防作用。因原方用人参,现用党参代替。党参甘平,补气养阴生津;麦冬养阴清热生津,五味子敛阴止汗,生津;3 药合用一补一润一敛,益气生津,敛阴止汗,使气充津生脉复,共治气阴两虚证。原老在临证时多用益气通脉汤和温阳通脉汤,原老认为胸痹气、阴、阳虚是本,瘀血为标,故在此配伍基础上创立了益气通脉汤和温阳通脉汤。(3)豨莶草、何首乌、女贞子。豨莶草味苦入肝肾,清肝热抑肝阳,活血通脉络,使肝阳下降潜于肾阴,阴得阳助则阳施阴化;何首乌、女贞子滋肾阴,使肾阴

上升涵养肝木,阳得阴涵则不上亢。豨莶草清肝热,何首乌、女贞子滋肾阴,一清二补,起到阴升阳降之作用。原老应用此角药旨在滋阴潜阳,重在滋阴,治疗阴虚阳亢疗效好。

3.3 对药 对药是临证用药时将两味药物一起使用,这是根据中药有相须、相使、相恶、相杀、相反的特性。有些根据药物的药性组合起到协调作用。(1)木香配郁金。木香,辛苦,温,归脾、胃、大肠、胆、三焦经,行气止痛,健脾消食。郁金,辛苦,寒,归肝胆心,活血止痛,行气解郁,清心凉血,利胆退黄。原老认为木香与郁金相配行气活血,原老开始用青木香,后改用木香,因青木香有肾毒性。原老在治疗胸痹心痛时强调活血的同时亦强调行气,“气行则血行,气滞则血瘀”,故活血同时兼顾行气。(2)当归与黄芪。当归,甘辛,温,归肝、心、脾经,补血调经,活血止痛,润肠通便。黄芪,甘,微温,归脾肺经,补气健脾,升阳举陷,益卫固表,利尿消肿,托毒生肌,黄芪补胸中之气。原老强调气血双补,黄芪、当归合用共奏当归补血汤。黄芪补气,当归补血,气血同源,气能生血,血能载气,气生则血生,气行则血运,使血补而不滞。(3)瓜蒌与薤白。瓜蒌,甘微苦,寒,归肺胃大肠经,清热化痰,宽胸散结,润肠通便。薤白,辛苦,温,归肺胃大肠经,通阳散结,行气导滞,宣通胸中之阳,实验证明,瓜蒌能增加冠脉流量及增强心肌收缩力。可见瓜蒌、薤白均能散、能降、能通,瓜蒌与薤白同用善治胸阳不振之胸痹。(4)灵脂与蒲黄。五灵脂,苦咸甘,温,归肝经,活血止痛,化瘀止血。蒲黄,甘平,归肝、心包经,止血、化瘀、利尿。原老用五灵脂主要在于五灵脂善于活血行血,化瘀不动血,蒲黄止血力量强,灵脂与蒲黄相配活血化瘀,活血而不动血。二药合用组成失笑散。(5)丹参。丹参,苦,微寒,归心、心包、肝经,活血调经,祛瘀止痛,凉血消痈,除烦安神。药理研究丹参具有强心作用,可增强心脏收缩且不会增加心肌耗氧量;扩张冠脉,增加心肌血流量;降血脂作用,丹参可减少主动脉粥样斑块的形成面积,并对血清中的总胆固醇、三酰甘油具有一定的抑制作用^[4]。原老在化瘀通脉汤未用丹参,因丹参偏寒。在治疗以瘀血为主的胸痹时,原老以温通为主,化瘀通脉汤中活血化瘀止血之药均有,故不用丹参。

4 典型案例

患某,男性,52岁,1986年7月5日入院。1986年1月初因情绪激动突然发生胸痛、胸憋闷伴心慌、出汗,持续十几分钟,硝酸甘油缓解,于1月上旬加重发生下壁心肌梗死,住院治疗缓解。7月2日因过度紧张与劳累,又出现胸痛、胸憋闷、心慌气短出汗,每日2~3

次,含硝酸甘油缓解,第3日加重,7月5日查心电图示:前间壁心梗(V₂、V₃,呈QS型)及陈旧下壁心梗,收住院治疗,舌质暗,脉细弱。西医诊断:冠心病心绞痛,陈旧下壁心梗、前间壁心梗。中医诊断:胸痹心痛,属气虚血瘀心脉不通证型。服益气通脉3剂后胸痛、憋闷、心慌等症状减轻大半,6剂后基本控制,服两个疗程诸症消失,出院时已50d未发作。7月18日心电图示:V₂、V₃、QS波变为rS波,TV₂~V₅,由倒变直立。

按:患者为典型的冠心病心绞痛,因情绪激动诱发,服硝酸甘油缓解。心慌气短汗出辨证为心气阴两虚证,舌暗说明有瘀血,用益气通脉汤补气阴,强心力,化瘀血,通心脉。党参、麦冬、五味子补益气阴,生蒲黄、红花、川芎、赤芍各活血化瘀,木香、郁金活血行气,首乌养血补血,丹参活血化瘀、强心、扩血管。诸药合用共奏强心、扩血管、化瘀作用。

5 结 语

原老创立五首通脉汤,每首通脉汤既有个性,也有共性,能反映原老在治疗冠心病心绞痛的临证思维和方法。从五首通脉汤的组成中可以看出,原老治疗冠心病心绞痛时强调活血为第1位,行气为次,然后根据各自的临床表现进行加减。活血化瘀药应用在冠心病心绞痛方面的专家大有人在,如翁维良教授常用丹参、赤芍、红花、川芎、郁金、姜黄^[5],但用量没有原老之大,原老用药旨在药力峻猛直达病所。活血必兼行气,只活血不行血,血不运行则成瘀血。故原老在活血时,行气亦不可少。原老认为冠心病心绞痛是由于瘀血、气滞、痰浊、寒邪为标,气血阴阳亏虚为本,在治疗时标本兼治,治标不忘本,治本预防标。在创立五首通脉汤时也将临证用药配伍运用的淋漓尽致。原老的立方思路为后世在治疗冠心病心绞痛方面提供一定的指导方向。

参 考 文 献

- [1] 陈灏珠. 林果为. 实用内科学[M]. 13版. 北京:人民卫生出版社,2009:1496.
- [2] 杨建宇,孙文政,李彦知,等. 孙光荣教授临床善用“角药”经验点滴[J]. 中国中医药现代远程教育,2011,9(2):23-25.
- [3] 陈萌,王庆国. 浅谈经方方元的研究思路[J]. 中国中医药信息杂志,2003,10(6):5-7.
- [4] 陶峥辉. 丹参、黄芪注射液的药理作用及临床应用[J]. 中国中医药现代远程教育,2014,12(9):108.
- [5] 于大君. 翁维良教授治疗心血管疾病临床用药经验初探[J]. 中华中医药杂志,2011,26(12):2914-2915.

(收稿日期 2014-08-13)

刘建秋教授治疗慢性支气管炎急性发作期 临证经验浅析*

李竹英¹ 胡慧珍² 王雪慧^{1△}

(1.黑龙江中医药大学附属第一医院,黑龙江 哈尔滨 150040;2.黑龙江中医药大学,黑龙江 哈尔滨 150040)

中图分类号:R249.8 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)01-0083-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.028

【关键词】 刘建秋教授 慢支急性发作期 临证经验

刘建秋教授为全国第 5 批名老中医药专家学术经验继承工作指导老师,黑龙江省名中医,黑龙江中医药大学附属第一医院呼吸科学术带头人,主任医师、博士研究生导师。业医 40 余载,治疗各种呼吸系统疾病,辨证准确,思路清晰,善用经方,不斥时方,每能显著疗效。吾有幸跟师学习,获益匪浅。现将其治疗慢性支气管炎急性发作期的经验介绍如下。

慢性支气管炎(以下简称慢支),是以咳嗽、咯痰或伴有喘息,且具有反复发作性的慢性疾病,是临床常见的疾病之一。急性发作多于秋、冬两季,咳嗽痰多,迁延难愈,是一种慢性消耗性疾病。根据其急性发作的特点,属中医“喘证”、“痰饮”、“咳嗽”等范畴^[1]。患者多平素体虚,正气不足,易外邪入侵,宿痰伏饮,遇感引触,痰随气升,壅塞气道,致肺失宣降而出现咳、痰、喘诸症,即为慢支急性发作,表现为明显加剧的咳、痰、喘。

1 基本病机

慢支急性发作常咳喘并见,来势较猛,每以外感新邪为诱因,多因风寒痰浊阻肺,引起肺气壅遏,气失宣降。以邪气盛为主要病理变化。《素问》云“正气存内,邪不可干”,“邪之所凑,其气必虚”。此时应着重治肺,这是因为痰瘀阻滞气道,肺气宣肃不利之故。慢支的形成,根本原因在于机体正气虚弱,主要与脾肺肾诸脏密切相关^[2]。刘师认为慢支急性发作的基本病机为“外邪引动伏痰”,病程迁延难愈与痰瘀壅塞气道密切相关,痰瘀阻滞肺气,肺失宣肃,是慢支久病难愈的基本病机。

2 治疗原则

刘师认为慢支在急性发作期以标实为主,宜以祛邪为先,兼以扶正为治则。治疗时当辨气血、阴阳、痰瘀

等证,遵循“衰其大半而止”原则,随证遣方用药。

3 证治分类

3.1 外邪袭肺证 人体正气不足,易受外邪侵袭,宿痰伏饮,遇感引触,痰随气升,壅塞气道,致肺失宣降而出现咳、痰、喘诸症。刘师认为邪不外达,痰不蠲化,则咳喘难平。而六淫之中,以风寒侵袭为主。正如《景岳全书·咳嗽》篇说“六气皆令人咳,风寒为主”。由此确立解表散寒,宣肺化痰,止咳平喘之法。临床常用炙麻黄、杏仁、甘草、紫苏子、葶苈子、陈皮、半夏、百部、前胡、桑白皮、紫菀、款冬花之类,取其宣肃同用之意。外寒重者,可酌加细辛、干姜、桂枝,或小青龙汤加减,以祛风散寒,温肺化痰。刘师亦常用麻杏二二汤^[3]为主加味治疗,药用炙麻黄、杏仁祛邪外出,且两药配伍宣肃肺气,半夏、陈皮、茯苓健脾理气化痰,白芥子、紫苏子、炒莱菔子宽中降气化痰,炙枇杷叶、紫菀、桔梗、川贝等药祛邪平喘,化痰利气,临床中取得显著疗效。

3.2 瘀血阻滞证 现代研究表明,慢支急性发作是由于支气管平滑肌痉挛、黏膜水肿、气道狭窄,导致阻塞、缺氧,引起肺血管的痉挛,红细胞代偿性增多,使血液黏稠度增强,继而形成为肺部微血栓^[4]。朱仲余同样认为,活血祛瘀是治疗本病的根本^[5]。近年来大量临床实践证明,对慢性支气管炎的急性发作期,在系统治疗基础上,加用活血化瘀中药确可明显提高临床疗效^[6]。活血化瘀中药可以改善肺部血液循环,促进血液进行气体交换,从而恢复肺之宣发肃降^[7]。刘师认为活血化瘀法应贯穿慢支急性发作的始终,治疗当“急则治标”,以活血行瘀兼以清热化痰为基本大法,适当配伍桑白皮、瓜蒌皮、前胡、百部等化痰药。

3.3 痰热郁肺证 杨仁旭等^[8]认为慢支急性发作以痰热郁肺证最为常见。其临床表现为咳嗽,咯痰黏稠,痰色黄或白,或伴哮喘,或伴喘息,舌质红,舌苔黄(腻),

* 基金项目:全国名老中医药专家传承工作室建设项目
△通信作者(电子邮箱:doudouxh1216@163.com)

脉弦滑或滑数。刘师根据多年的临床经验认为,此类患者的治疗当针对气机不畅,痰浊中阻,郁而化热,发为痰热,以清肺化痰为治疗大法,药用半夏、薤白、瓜蒌、黄连、桑白皮、地骨皮等清泻肺热。

3.4 痰瘀阻滞证 慢支急性期痰瘀阻滞气道,肺气宣肃不利,表现为明显加剧的咳、痰、喘。治疗以清肺化痰,活血行瘀为基本大法。治疗时刘师善用活血化瘀药如丹参、桃仁、当归、川芎等药。刘师认为急性发作期的患者还须时时注意寒热转化或寒热夹杂。若痰质转稠,痰色转黄,兼见发热苔黄等症,当辨证为外寒内热或痰热壅肺证,可用小青龙加石膏汤、定喘汤或泻白散加减,亦可用三拗汤加银花、蒲公英、黄芩、桑白皮、冬瓜仁、浙贝、瓜蒌皮等清泻肺热之品。兼便秘者则佐以生大黄通腑泄热,常收佳效。

3.5 脾肾阳虚证 刘师认为慢支急性发作的基本矛盾是阴阳失调,阳虚阴盛,因此在治疗时扶阳法是防治慢支急性发作的重要法则。历代医家亦重视扶阳法防治各类疾病,张仲景《伤寒论》一书中,用附子温阳者达 20 方,《金匱要略》中亦不乏其例,无论外感热病或内伤杂病,处处顾及阳气。刘师亦指出“阴为体,阳为用,阳气在生理情况下是生命的动力,在病理情况下又是抗病的主力”。根据“谨察阴阳所在而调之,以平为期”的原则,在遣方用药时多用温药以和之,如制附子、补骨脂、菟丝子、淫羊藿、巴戟天等温肾扶阳,党参、黄芪、白术、甘草等健脾益气兼以温阳,在临床中多能收到显著疗效。

4 典型病例

案例 1: 患某, 女性, 53 岁, 2011 年 9 月 12 日初诊。素有慢性支气管炎 10 余年, 每年冬季即发气喘、咳嗽、胸闷, 重则不能平卧, 咳不得眠, 2 周前因洗澡后汗出当风, 遂发咳嗽, 气喘, 胸闷痛。吐痰黄白而黏, 心烦, 伴便秘, 3 日一行, 自述恶风, 症见舌质红, 苔薄黄, 脉细数。刘师认为此为风寒犯肺, 郁而化热, 邪热壅遏肺气, 气逆于上, 故发喘促诸症。治宜清热化痰宣肺平喘, 佐以润肠通便。拟方: 麻黄 9 g, 杏仁 9 g, 桑白皮 15 g, 银花 35 g, 连翘 20 g, 紫菀 15 g, 款冬花 15 g, 瓜蒌 12 g, 黄芩 12 g, 桔梗 9 g, 苏子 12 g, 炙枇杷叶 25 g, 知母 20 g, 葛根 30 g, 甘草 12 g。3 剂后, 热减便通, 胸痛亦明显减轻, 仍有口干, 咳嗽。上方加北沙参 30 g, 麦冬 25 g, 石斛 20 g, 继服 5 剂, 症状基本消失, 再进补益肺肾、化痰平喘之剂, 随证加减诸症皆平。方中麻黄解表散寒, 宣发肺气, 杏仁降利肺气, 助麻黄宣肺止咳, 一宣一降, 符合肺脏的生理特性。且麻黄乃肺经之专药, 故肺病多用之。黄芩、桑白皮清泻肺热, 瓜蒌、苏子化痰平喘, 紫菀、款冬、炙枇杷叶化痰、止咳、平喘共为佐药, 桔梗为引经药, 专走肺经, 为肺经气分之要药, 使诸药直达病

所; 银花、连翘清热解毒, 甘草调和诸药共为使药。随证加减: 发热者加石膏、蒲公英; 恶寒甚者加防风、紫苏叶; 大便燥结、胸闷气短者加全瓜蒌; 咯痰清稀而凉者加干姜、细辛、五味子; 纳差、腹胀者加焦三仙、枳壳、厚朴。

案例 2: 患某, 男性, 61 岁, 2010 年 11 月 4 日初诊。平素体虚, 患慢性支气管炎 20 余年, 经久不愈, 秋冬加重, 春夏稍轻, 平日亦是咳嗽吐痰, 喉中痰鸣。1 月前因受寒导致咳嗽加重, 咯痰量多色白, 严重时夜不能卧, 应用氨茶碱及喷雾定喘剂亦效不佳。刘师认为此为痰湿蕴肺, 导致肺气宣降不利。治宜宣肺降气, 健脾燥湿化痰。方以三拗汤合六君子汤加减, 药用麻黄 12 g, 杏仁 12 g, 白芥子 15 g, 苏子 15 g, 炒莱菔子 15 g, 半夏 10 g, 厚朴 15 g, 陈皮 15 g, 党参 20 g, 白术 30 g, 茯苓 15 g, 泽泻 15 g, 炙甘草 15 g。服药 5 剂后, 咳嗽明显减轻, 咳嗽吐痰较前好转。方用三拗汤取其宣肺、降气、平喘之功, 半夏健脾理气、燥湿化痰, 杏仁、白芥子、紫苏子、炒莱菔子助半夏化痰平喘, 陈皮理气健脾、燥湿化痰, 六君子汤培土生金, 祛邪不伤正, 扶正不留邪, 标本兼顾, 符合慢支急性期衰其大半而止之的原则。

5 总结

刘师认为慢性支气管炎急性发作期的基本病机为“外邪引动伏痰”, 导致肺失宣降发为咳、痰、喘等症, 治疗应遵循“衰其大半而止”及“扶正祛邪”的治疗原则, 根据证候变化随证选取活血化瘀、温阳益气、宣肺化痰、扶正解表等治疗方法, 注意积累总结疾病的发病机制、辨证论治, 根据疾病演变特点, 在辨证论治的基础上, 结合分期论治以提高疗效, 改善慢支患者生活质量、减少发作次数、延缓病情进展。

参考文献

- [1] 熊维宁. 补中益气法论治慢性支气管炎浅识[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 25(2): 43-44.
- [2] 蒋天佑. 慢性支气管炎的血瘀证探析[J]. 中医药研究, 1988, 4(2): 6.
- [3] 齐绒芳. 麻杏二三汤加味治疗慢性支气管炎急性发作期 56 例[J]. 陕西中医, 2006, 27(12): 1468.
- [4] 马新生. 分期辨治慢性支气管炎琐谈[J]. 陕西中医, 1994, 15(4): 191.
- [5] 朱仲余. 论活血祛瘀治疗慢性支气管炎的临床指导意义[J]. 中华现代中西医杂志, 2003, 4: 350.
- [6] 蒋红红. 中西医结合治疗老年喘息性慢性支气管炎急性发作临床观察[J]. 四川中医, 2004, 22(6): 56.
- [7] 杨晓琨. 化痰通脉注射液治疗中老年慢性支气管炎急性发作疗效观察[J]. 中国中医急症, 2007, 16(1): 32.
- [8] 杨仁旭, 胡勇刚, 景瑞, 等. 复方薤白胶囊治疗慢性支气管炎急性发作期的 II 期临床研究[J]. 中药新药与临床药理, 2008, 19(2): 149-152.

(收稿日期 2014-07-25)

余国友主任医师论治急危重症并发胃肠功能衰竭经验*

吴国琳¹ 指导 余国友^{1,2}

(1. 浙江大学医学院附属第一医院, 浙江 杭州 310003; 2. 浙江省余国友名老中医专家传承工作室, 浙江 杭州 310003)

中图分类号: R249.8 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0085-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.029

【关键词】 急危重症 胃肠功能 临床经验

余国友是浙江大学医学院附属第一医院中医内科主任医师, 全国第 5 批名老中医专家学术经验继承工作指导老师, 博士生导师, 潜心于中医药治疗各种内科疾病, 特别是应用中医药改善胃肠道功能方面有很深造诣, 具有独特的诊疗特色及显著的临床疗效。笔者有幸跟随余师学习, 整理总结出余师中医药辨证施治胃肠道功能衰竭经验, 与同道探讨。

1 中西医综合认识胃肠功能衰竭病性及特点

胃肠功能衰竭是在严重休克、感染、创伤等因素的应激状态下, 胃肠黏膜水肿、糜烂、出血、形成溃疡, 导致胃肠黏膜屏障功能破坏, 大量细菌、内毒素移位入血液, 引起全身严重的炎症反应, 产生中毒性肠麻痹, 严重者可出现多脏器功能不全综合征^[1]。

中医理论中无“胃肠功能衰竭”的病名, 亦无关于此病的具体记载。余老师根据临床症状及诊治经验总结认为, 此病当属中医学“腑实证”、“癥瘕积聚”、“痞证”、“腹痛”、“便秘”等范畴, 严重者与“阳结”、“肠结”、“脏竭”、“关格”、“厥证”等相似^[2]。余师系统总结此病之病机, 认为其病位在脾胃、大小肠, 涉及肝肾; 整个病程多为正虚邪实、本虚标实、寒热错杂、毒瘀互结; 初起多实, 或虚实夹杂, 久则由实转虚; 病在气、在血、在腑。目前西医主张治疗原发病、恢复胃肠功能、清除内毒素、抑制炎症因子等原则, 以抗炎、维持水、电解质及酸碱平衡、静脉补液及高营养支持治疗, 并补充血浆、白蛋白等胶体溶液^[3]。中医多用复方制剂、固定方药、中西医结合治疗以及内服外用结合为主^[4]。余师指出, 危重患者胃肠功能的恢复情况与预后密切相关, 而单纯西药治疗尚有一定局限性。中医主张辨病辨证论治, 配合西医治疗, 促进胃肠功能恢复, 突显中医药治疗特

色, 提高疗效。

2 胃肠功能衰竭中医病机特点认识

2.1 脾胃虚弱是发病基础 余师指出, 此类患者病情危重, 大多年老体衰、脾胃素虚或久病迁延不愈, 必然久病伤正, 致内伤脾胃, 正气虚弱, 《难经》云“气者, 人之根本也”。气化正常, 则腑脏经络、气血阴阳方能维持正常的生理功能。脾胃为后天之本, 主受纳、运化水谷, 总司机体气血、津液的化生和输布。脾胃气虚, 则失于运化, 受纳失常; 先天之精靠后天滋养, 后天摄入不足, 精微物质不能充养, 则见神疲乏力, 完谷不化、纳差、大便秘结或泄泻等症状。

西医认为, 胃肠功能衰竭患者多发生于严重创伤、感染、休克等危重病, 由于患者较长时间不能口服饮食, 主要靠胃肠道外营养维持, 结果胃肠黏膜萎缩, 影响其屏障功能, 而致肠道内细菌进入血液, 加重病情, 甚至危及生命^[5]。此符合中医“无胃气则死”之论。因此必须重视脾胃虚衰贯穿疾病的全过程, 指导临床用药必须“顾护胃气”。

2.2 气滞腑实是病之标 胃肠功能衰竭多发生于腹部大手术、严重感染、多脏器功能衰竭等危重疾病, 老师指出, 因长期禁食、卧床制动、药物等因素, 导致气机阻滞, 肝气犯中土, 脾胃升降失常, 肠道传化失司。脾升胃降是脾胃的生理功能特点, 是大肠得以承受小肠下移的糟粕, 形成粪便而排泄, 实现其“传化糟粕”的功能。正常情况下, 脾运胃纳、脾升胃降, 两者相互为用。“六腑以通为用”, 胃及大小肠皆属于腑, 故均以通为顺。脾胃为气机升降的中枢, 脾升胃降失常, 则传化不能, 津液不生, 清阳之气不能上承, 后天之精不能归纳命门, 饮食精华不能充养四肢肌肉, 糟粕不能下传, 当升不升, 当降不降, 不通则痛, 不通则胀, 壅滞成病。则见痞满, 困重、呕逆、腹痛、大便秘结等, 甚则高热、腹胀

* 基金项目: 全国名老中医药专家学术经验继承工作项目基金

如鼓,腹皮绷急,呕吐臭秽,便结不通,舌红苔黄等类似腑实证表现。

2.3 瘀热内结加重病情 中医认为“久病入络”。余师认为此病初期在气在脏,久必入血在腑,病程日久,则脾胃功能失调,致气机阻滞,上下不能相通,气滞日久,气结则血凝,可由气及血,形成瘀血之证,一般以气虚血瘀或气滞血瘀并存。瘀血阻络,脉道不畅,或气虚无力推动血行,则血运不畅,瘀而内阻。久瘀积热,瘀热内阻脏腑。临床可见腹胀,腹痛如刺,暖气等表现。本病若外感邪热,日久热入营血,热毒内聚,热灼血分,瘀热交浊,加重病情进展则难治、难愈。

2.4 湿浊内阻致病程长久难愈 余师指出,患者疾病早期就伴有脾胃功能受损,脾主运化水湿,若运化失常,肠道传化失职,则水湿停滞、内聚,反之又可阻滞脾胃运化功能,并随病情可寒化或热化。湿性重浊、黏滞,致使寒热混杂、湿浊内阻,常见乏力、纳差、腹胀、腹泻或便秘等症状。若湿从寒化则寒湿困脾,见头蒙如裹,纳呆食少,身体困重,腹胀便溏,舌苔白腻等征象。中焦寒湿困阻,易于伤阳,致使脾阳衰惫,日久及肾而成脾肾阳虚;若湿从热化则湿热内蕴,见呕恶厌食、暖气呃逆、脘腹痞满、舌苔黄腻等征象。若湿邪留滞于大小肠,传导失职,可致腹中满痛,泄泻不爽,舌苔黄腻等征象,则致病程长久、难以治愈。

3 中医论治用药特点

3.1 初期重理气通腑泄热 此病起病急骤,病情危重,变化多端,病情顽固,多表现为高热,白细胞计数升高,呼吸加快,腹胀痛,大便干结,甚者神智不清、高热惊厥,舌质红舌苔黄厚腻或黄燥,老师认为证属中医的“阳明腑实证”、腑气不通、气滞热炽,其治疗当通腑泄热、理气攻下,用大承气汤和四磨饮子加减,以通腑泄热、理气消导,常用药物:生大黄(最大量可用至 50 g)、枳实、厚朴、槟榔、木香、莪术、蒲公英、败酱草、豆蔻等,当然必须顾护胃气。机械通气患者可鼻饲灌服,亦可芒硝外敷神阙穴,以泄热、通腑、理肠。

余师指出,有资料表明大承气汤和单味大黄作用机理为排除胃肠积滞,清除肠道内细菌和内毒素,改善微循环,抗菌消炎中和毒素;增强网状内皮系统的吞噬能力和诱生肠黏膜免疫分泌物;调整肠道内菌群维护肠道生物学屏障的稳定性,从而减轻其对机体的危害。还能够改善胃肠道功能,消除麻痹性肠梗阻,促进胃肠功能的恢复^[6]。中医药内服、外用均可对抗和中和各种细胞因子和炎性介质,促进炎症的消退和积液的吸收,降低感染发生,从而增强疗效,改善预后^[7]。因此,通腑、理气、泄热三者合用可防止病情进展。

3.2 中期偏活血化瘀解毒 余师认为患者早、中期多中焦脾胃气机阻滞,气滞日久则不能推动血液,“气结则血凝”,形成瘀血之证,瘀血阻滞,脉道不畅,或气虚

乏力,不能推动血行,血运不畅痹阻于内,久瘀积热,瘀热内阻脏腑。另外,血瘀日久瘀而成毒,病情顽固缠绵而蕴毒。临床可见口唇紫绀、发热、腹痛如刺、大便干结、胸闷气促、舌淡紫暗、舌底脉络迂曲,脉弦涩或弦细等,此时治疗主要以活血化瘀兼解热毒。余师常用血府逐瘀汤化裁以活血化瘀,兼有热毒者可加用四妙勇安汤清热解毒化瘀,常用桃仁、红花、赤芍、莪术、川芎、金银花、丹参、水蛭、白花蛇舌草、大黄、焦栀子、佛手、山药等药治疗。现代药理研究表明,活血化瘀药能改善微循环,纠正机体缺氧的状况,减少应激性溃疡的发生,同时可改善肠道功能,促进胃肠道黏膜修复。

3.3 后期主醒脾化湿利浊 余师根据自己的临床经验认为,胃肠功能衰竭患者长期卧床,进食少,脾胃失于运化,湿浊内生,若肠道传化失职,水湿内阻,日益加重病情。此时治疗当以醒脾健运,利湿化浊。常用香砂六君子汤为主加减治疗。常多用砂仁、豆蔻、木香、延胡索、茯苓、白术、苍术、黄芩、薏苡仁、陈皮、半夏等。若兼有气虚者可加用黄芪、党参、山药、白扁豆等益气健脾药物,既调节胃肠道的功能紊乱,又增强机体的免疫功能,还能改善肠道微生态。余师言香砂六君子汤可促进肠蠕动,解除平滑肌痉挛。脾胃虚寒者可加用理中汤;若大便秘结,可适当用大黄以通下。但同时可加用活生理气药物以促进胃肠功能的恢复。

3.4 健脾和胃贯穿治疗始终 余师指出,脾胃为“后天之本”,为“气血生化之源”。脾的功能旺盛则是保证机体健康与抵御外邪的重要因素。脾升胃降功能正常,方能腐熟、运化水谷,下传精微,促进肠道传化功能。脾胃的受纳运化功能统称为“胃气”,“得胃气则生,无胃气则死。”说明“胃气”在生命活动过程中具有极其重要的作用。因此余师在治疗过程中始终注重脾胃功能的恢复,将健脾和胃贯穿治疗始终。常用四君子汤加减治疗。常用党参、茯苓、白术、炒谷芽、炒麦芽、鸡内金、佛手、红枣、甘草等药物为主,使脾健胃实,胃气得以恢复,方能病愈。

综上所述,余师认为,胃肠功能衰竭中医辨证多为脾胃气虚为本,以热毒、血瘀、气滞、湿阻为标,治疗以健脾和胃、通腑理气、化瘀解毒、化湿利浊为一体,辨证施治,随证加减。同时在治疗过程中重视“胃气”的调养和胃肠功能的恢复,取得较好疗效。

4 典型病案

患某,男性,78 岁,因“反复咳嗽咯痰 40 余年,气促 10 年,加重伴发热 3 d”于 2014 年 2 月 14 日由急诊收住重症监护病房。患者既往有慢性阻塞性肺疾病、慢性心功能不全病史,此次入院检查肺部 CT 提示:慢支伴双肺感染、肺气肿。入院后予机械通气、抗感染、强心利尿、化痰平喘、营养补液等综合治疗,半月后热退,但出现腹部胀痛,触之绷急感,时有腹中肠鸣,大便干结,

数日一行,无失气,小便黄赤,不欲饮食,吸出痰液黄而粘,舌淡暗苔薄黄腻,脉沉滑偏数。余师四诊合参,辨证为痰热壅盛、腑气不通,治疗以清热化痰、通腑泄热、理气攻下为法,方用桑白皮汤合大承气汤化裁,药用金银花 12 g,金荞麦 30 g,桑白皮 15 g,浙贝母 15 g,生大黄 30 g(后下),枳实 12 g,厚朴 15 g,槟榔 12 g,木香 8 g,莪术 12 g,桔梗 6 g,白芥子 12 g,大枣 15 g,苏梗 10 g,莱菔子 15 g 浓煎,每次 100 mL,鼻饲灌服,每日 2 次。7 剂药后,患者大便已畅,但仍腹胀肠鸣,胃纳欠佳,面白虚浮,舌淡暗苔薄白腻,脉沉细。余师再以行气、活血、健脾、和胃为主治疗,方用香砂六君子汤合桃红四物汤化裁,药选桃仁 12 g,红花 8 g,赤芍 10 g,川芎 10 g,砂仁 6 g(后下),广木香 6 g,苏梗 12 g,莪术 12 g,枳实 10 g,厚朴 15 g,莱菔子 15 g,青皮 8 g,佛手 12 g,炒谷芽 30 g,鸡内金 12 g,大枣 15 g。上方浓煎,每次 100 mL,鼻饲,每日 2 次。14 剂后患者胃纳好转,腹胀消失,二便如常,舌淡暗苔薄白,脉沉细。续予六君子汤加减调理脾胃,并加健脾化湿之药,半月后患者病情好转而脱机拔管,转出重症监护病房,转入普通病房治疗 10 d 后出院。

按语:本例患者既往肺病日久,肺脾气虚,痰湿内阻,此次发病,天气转冷,外邪引动内痰,痰阻气道,肺失宣发肃降,呼吸衰竭而须机械通气治疗。气管切开后,虽经每日吸痰,但仍有痰液内壅,日久化热,痰热内壅于肺,肺热下传移大肠,热炽肠道,腑气不通,余师治

疗予桑白皮汤合大承气汤化裁以清热化痰、通腑泄热、理气攻下为法。药后患者腑气通,痰热解,属脾虚气滞之证,气滞则血行不畅,出现瘀血内停之象,余师针对脾虚、气滞、血瘀之证,再治疗以香砂六君子汤合桃红四物汤化裁行气、活血、健脾、和胃,最后用六君子汤加健脾化湿之药调理脾胃,脾胃之气渐调,病情得以早日康复。

参 考 文 献

- [1] 汪海慧,李越华.危重症胃肠功能障碍/衰竭的防治进展[J].医学信息,2012,25(8):429-430.
- [2] 范铁兵,杨志旭.危重病胃肠功能障碍的中医辨证要素及证型分布规律研究[J].中国中医急症,2012,21(7):1064-1065.
- [3] 董军,张淑文,王宝恩.肠功能障碍与多器官功能障碍综合征[J].中国危重病急救医学,2005,17(12):764-767.
- [4] 运苛政,武慧.中医药防治胃肠功能衰竭研究概况[J].河南中医,2011,31(7):818-820.
- [5] 姬晓伟,谢波.重症患者合并急性胃肠功能障碍的病因及其对预后的影响[J].全科医学临床与教育,2012,10(6):656-658.
- [6] 卫俊涛.大黄对危重病胃肠功能障碍保护作用机理的研究进展[J].中国中医急症,2010,19(2):300-301.
- [7] 段美丽,董军,陈曦.多器官功能障碍综合征胃肠功能障碍中西医结合治疗—附 208 例患者的多中心临床疗效观察报告[J].中国中西医结合急救杂志,2009,16(1):30-33.

(收稿日期 2014-06-30)

(上接第 48 页)

痛作用^[6]。而这些均在炎症指标 IL-1、IL-6、TNF- α 、CRP、ESR 等方面得到很好的体现。充分证明了中医药对急性类风湿性关节炎的疗效。

本研究结果显示,风湿宁五号方在治疗风湿性关节炎上不仅临床效果显著,且对改善临床症状也立竿见影,对关节功能有促进恢复作用,这和报道结果一致^[7]。本研究结果显示,关节指数、关节痛度、关节肿胀、晨僵、握力、关节周径、关节功能等在治疗后均有较好的改善,这说明了中医药可明显缓解患者临床症状,提高患者生活质量,而本方中的三棱、川芎、羌活独活具有促进血液循环的作用,可降低血液黏稠度,这点正符合现代医学认为的痛阈和血液黏稠度相关性理论研究^[8]。

总之,急性类风湿性关节炎病程迁延难愈,关节肿胀疼痛和功能受限为患者主诉,而中医药结合西药直接作用于病变关节处,最大程度发挥作用,且副作用低,经济实惠,是临床上治疗急性类风湿性关节炎有效疗法。

参 考 文 献

- [1] 曾渊华,黄瑞琴.风湿宁注射液治疗急性类风湿性关节炎 42 例[J].中国中医药信息杂志,2010,13(12):73-74.
- [2] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.
- [3] 杨建全.风湿宁配合西药治疗急性类风湿性关节炎的临床应用[J].中国误诊学杂志,2011,8(22):5360-5361.
- [4] 王承德.复方风湿宁片治疗急性类风湿性关节炎临床研究[J].中国社区医师:医学专业,2011,13(17):153-154.
- [5] 张耿豪.中药风湿宁防治实验性类风湿关节炎的作用及机制研究[D].成都:成都中医药大学,2003.
- [6] 罗利华.中药风湿宁对实验性类风湿关节炎的疗效及作用机制研究[D].成都:成都中医药大学,2002.
- [7] 黄映红,曾洁萍,张耿豪,等.中药风湿宁对佐剂性关节炎大鼠关节滑膜组织 ICAM-1 表达的影响[J].四川生理科学杂志,2011,31(4):151-153.
- [8] 姜静岩,张喜旺.风湿宁丸治疗急性类风湿性关节炎的临床疗效研究[J].中国实验方剂学杂志,2011,15(9):97-99.

(收稿日期 2014-08-04)

王毅刚主任中医师细艾条灼灸临床穴法举隅*

苟春雁 李 梦 乔秀兰 应 坚[△] 指导 王毅刚
(重庆市中医院, 重庆 400021)

中图分类号: R249.8 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0088-02
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.030

【关键词】 王毅刚 艾灸 晕针 皮炎 疼痛

重庆市中医院王毅刚主任中医师系国家第 4、5 批名老中医学术经验继承工作指导老师, 中医科学院临床博士后导师。其早年应用精细艾条随证灼灸, 疗效立竿见影, 深受患者欢迎。笔者兹举数例, 共同分享。

1 按灸三阳五会灸晕针

患某, 男性, 39 岁, 编辑, 因头项强痛不适反复发作为半年来诊。查见两侧颈项肌肉紧张, 右侧为甚。按压酸胀不适, 颈项转动尚利。颈部喜暖, 得温则舒。追溯病史, 患者工作繁忙, 长期使用电脑, 喜欢向右侧偏斜, 夏季工作有贪凉史。颈椎片无明显病理改变。诊断为颈项筋痹, 寒凝经脉, 太阳、少阳失舒。治宜温经散寒活络。取坐位, 暴露颈项部位, 针刺双侧天柱、肩井。天柱加电针, 用连续波, 中等度刺激, TDP 颈部照射使温热内透。约 10 min 后, 患者觉心慌不适, 头重项软, 体力不支, 肢冷欲脱。提示晕针。处理: 速拔针, 欲使患者平卧。但此时患者已觉身软无力动身, 并汗出, 面色渐晦。即将就坐立体位, 燃着细艾条, 对准百会穴头皮灼烧, 紧按, 估计火灭后松开为 1 壮。续点火又灸。3 壮后, 患者稍觉平缓。又灸 2 壮, 患者汗出止, 面色复原。

按: 头为诸阳之会, 督脉之百会穴为颠顶最高。晕针者常精神过度紧张, 厥阴之气内郁, 带动阳气内逼。阳气失于外达, 神机疲惫, 厥逆而冷, 汗出, 肢体四末失温。经云“阳气者, 若天与日, 失其所则折寿而不彰”。灸治百会, 阳气得复, 诸症速解。王师曾遇有青霉素过敏患者, 尚未注射肾上腺素时, 亦得经灸治百会五壮复苏。后同法处置晕针数例, 效果立竿见影。此古时扁鹊过虢国灸太子“三阳五会”救太子厥逆之类也。

2 点状灼灸治 20 年神经性皮炎

患某, 女性, 38 岁, 罹患神经性皮炎 30 年来诊。述经年诸方治疗无效, 屡治屡发。近因痒甚难支, 局部瘙痒甚。查体见局部有抓痕, 局部皮损灰白, 起皮屑。以细

艾条点着, 病灶范围内视皮损较重处或痒甚处为灸治点, 散状点灸。灸时轻触局部皮肤, 似触即离, 须患者觉充分烧灼感, 为 1 壮, 每处灼灸 5 壮。几个灸治点灼热感内透。灸后瘙痒减轻, 自觉舒适。1 个月内不定期来诊。询其状况。患者云“觉点灸治疗较其他所有方法为好。表现为局部瘙痒明显减轻, 脱皮没有再发。忆及既往之治疗, 往往此处好转, 其他别的部位必定再发。月余间, 点灸处未发生化脓感染”。

按: 灸有补泻者, 《外台秘要》云“用灸补者, 无吹其火, 须自灭也; 以灸泻者, 疾吹其火, 拊其艾, 须其火灭也”^[1]。患者并发肌肤, 为血虚夹风热, 风邪犯表。细艾条轻触皮肤, 似触即离, 取其轻快, 是泻邪也。不若上例因虚突厥, 须按而补之。

3 阿是穴点灸治疗头痛

患某, 女性, 52 岁。头昏痛 1 周来诊。近因丈夫过世, 熬夜少寐, 肝郁伤悲, 1 周来精神萎靡, 夜寐不实。头昏昏然而痛, 痛无定处, 或两颞、或后枕、或前额。恶风不明显, 食纳尚可, 口干不欲饮, 二便调, 苔薄舌淡脉小弦。证属少阳经脉枢机不利, 太阳阳明经脉络脉失和。治宜调理头部痛处三阳经脉。随痛处灸阿是穴于双侧颞、头角及上星, 共 5 处。灸时, 以燃着细艾条对准痛点, 轻触皮肤, 患者示“痛”即速拿开, 为 1 壮。各穴 5 壮。另在两外关加灸 3 壮。各处施灸完毕, 患者顿觉轻快, 焦虑之情快然若失, 头痛消失。次日头痛发作次数减少, 程度也明显减轻。后又灸疗 2 次痊愈。

按: 巅顶之上, 唯风可到。痛无定处, 亦是风邪作祟明证。患者肝郁肺悲, 夜寐不实, 郁遏阳气, 少阳经脉失和, 疏泄失职故痛。治以轻巧, 细艾条灼灸, 散风活络, 经脉得以调达, 故效。

4 辨证灸治少阳阳明治三叉神经疼痛

患某。男性, 46 岁。患者患右侧上下颌支三叉神经疼痛 2 年。服卡马西平不效, 发时常因触碰而痛, 痛而不可以抚。病在少阳阳明二经, 久痛入络。而久病必虚,

(下转第 98 页)

* 基金项目: 全国第 5 批名老中医带徒名医工作室

[△] 通信作者(电子邮箱: yingjian311@163.com)

陆金根教授重用生黄芪治疗肛肠疾病的临床经验*

彭军良¹ 指导 陆金根²

(1.上海市金山区中西医结合医院,上海 201501;2.上海中医药大学附属龙华医院,上海 200032)

中图分类号:R249.8 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)01-0089-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.031

【关键词】 生黄芪 肛肠疾病 名医经验 陆金根

陆金根教授为上海市名中医、博士生导师、著名肛肠病专家,第5批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,师承中医外科名家、全国著名中医外科学家顾伯华教授,从事中西医结合肛肠科医教研工作40余年,在重用生黄芪治疗肛肠疾病方面具有丰富的临床经验,效果满意。笔者作为其学生有幸侍诊左右,受益匪浅,现将其重用生黄芪治疗肛肠疾病的临床经验介绍如下。

1 益气开秘治疗功能性便秘

便秘是指排便困难或费力、排便不畅、便次太少、粪便干结且量少,如能排除引起便秘的器质性疾病,则这类便秘便称为功能性便秘^[1]。陆教授认为功能性便秘多是虚证,以气阴两虚为主,气虚则推动无力、阴虚则肠道失养而致便秘;加上患者及医者往往图一时之快,妄用大黄、番泻叶等峻泻通下之药,日久可导致津气亏耗,津血不能濡养大肠,气虚不行,大肠传导乏力,便结于肠,日久伤肾,而呈恶性循环,正如《医学正传》所云“又有年高血少,津液枯涸;或因有所脱血,津液暴竭;或新产之妇,气血虚耗,以致肠胃枯涩;或体虚之人,摄养乖方,三焦气涩,运化不行,而肠胃壅滞,遂成秘结”。《兰室秘藏》所云“又有老年气虚津液不足而结燥者”。患者常表现为大便并不干燥,虽有便意,往往需要努挣方出,汗出短气,神疲乏力,体质虚弱,舌淡苔薄,边有齿痕;阴虚生内热,故临证或可见大便干结、如羊屎状,烦热、口干、潮热盗汗、腰酸膝软、舌红少津、脉细数等一派阴虚火旺之象。

陆教授认为治疗功能性便秘重在益气养阴、开秘通下,补益中气是直接动力,调畅气机是间接动力。若气得补养,复其刚大之性,则冲突排荡,开秘行滞。此

外,通过补气,升清降浊,蒸化津液,而达补阴目的。陆教授临证时常重用生黄芪、生白术为君药,配伍生地、黄、当归、麦冬、石斛、玄参等益气养阴、滋阴润燥;杏仁、桔梗、苏子等宣肺降气;厚朴、枳实、枳壳、莱菔子等调畅肠道气机;阴虚火旺明显者加知母、黄柏以滋阴降火。陆教授认为黄芪为补气之圣药,善补一身之气,具有补而不腻的特点,生用、重用黄芪治疗便秘在临床上取得了满意的效果。临证时生黄芪用量常在30g以上,甚至60g,且重用生黄芪能增强机体免疫功能,有保肝、利尿、抗衰老、降血压、增强心肌收缩力、调节血糖含量的作用,还能扩张冠状动脉,改善心肌供血作用,尤其适用于治疗老年患者便秘,《太平惠民和剂局方》中黄汤即以黄芪为主药治疗便秘,该方“治年高老人便秘涩;秘甚者不过两服愈,常服即无秘涩之患;此药不冷不燥,其效如神”。便秘日久,患者常伴有胸胁满闷、抑郁、失眠、多梦、烦躁、易怒等情志改变,主诉较多,与之很难沟通,其舌苔薄腻、脉弦,陆教授临证常师法张仲景《金匱要略》甘麦大枣汤之意,选用淮小麦、炙甘草、大枣、酸枣仁、合欢皮、郁金等养心柔肝、宁心安神之药治疗;大便秘结较久,可见舌暗红或紫黯,舌下可见瘀丝瘀点,脉多沉涩等血瘀表现,即使患者没有明显的瘀血症状,但据“久病必瘀”、“久病兼瘀”、“久病血伤入络”之理,陆教授在选药组方时,常在辨证论治的基础上适当加入桃仁、红花、当归、丹参等活血化瘀药,临床应用效果良好。对于功能性便秘反复发作,经久不愈者,陆教授常在上述各种治疗方法的基础上,酌用火麻仁、杏仁、郁李仁、肉苁蓉等润燥滑肠通便之药。

2 补气托毒治疗肛周脓肿

肛周直肠周围的急性化脓性感染,中医称为“肛痈”,临证宜首辨虚实,分期论治。早期宜选用消法,使初起未化脓的肿块尽快吸收消散;成脓期宜用托法,扶助正气,托毒外出,防邪内传;收敛期宜用补法,补养气

* 基金项目:上海市优秀青年中医临床人才培养计划资助项目(ZYSN XD011-RC-XLXX-20110022);第3批上海市中医临床优势专科(专病)建设项目(ZYSN XD-YL-YSZK031)

血,助生长肉^[2]。成脓期抗感染和局限肿势处理对肛周脓肿的发展和转归起关键作用^[3]。陆教授认为肛周脓肿反复发作,经抗生素治疗后,湿热毒蕴,气血凝滞,肿痛难消,脓成不溃;临床表现为:肛门周围常有炎性包块,但无波动感、局部皮色如常,患者平素多有神疲乏力懒言,动辄短气,容易感冒,汗出恶风,舌淡胖,苔薄,边有齿痕,脉细等症;治疗应以透托法托毒外出,且透托法常与清热法同用,因热胜则肉腐,肉腐则为脓,故在透脓的同时要酌加清热药物,火息则脓尽。陆教授临证常以托里消毒饮加减治疗,常用药物为:生黄芪 30 g,党参 15 g,茯苓 15 g,白术 15 g,当归 15 g,丹参 30 g,白芷 12 g,皂角刺 18 g,金银花 15 g,蒲公英 30 g,生甘草 12 g。方中重用生黄芪为主扶助正气,配合皂角刺托毒排脓,可使疮疡毒邪移深就浅,早日液化成脓,从而有利于手术引流;或使病灶趋于局限化,使邪盛者不致脓毒旁窜深溃,正虚者不致毒邪内陷,从而达到脓出毒泄,肿痛消退的目的,寓有扶正达邪之意^[2]。《药品化义》载黄芪“痘疮贯脓,痈疽久不愈者,从骨托毒而出,必须盐炒;痘科虚不发者,在表助气为先,又宜生用”;《神农本草经》载“黄耆,味甘微温。主痈疽久败创,排脓止痛”。

3 益气止血治疗气血两亏之内痔出血

《丹溪心法》记载“痔者皆因脏腑本虚,外伤风湿,内蕴热毒,以致气血下坠,结聚肛门,宿滞不散,而冲突为痔也”。患者身体素弱,脾虚气亏,不能统血,血不循经而溢于脉外,则大便带血;脾虚下陷,则肛门坠胀,痔核脱出肛外;脾虚运化失常,则纳少便溏。内痔出血日久可导致气虚,因血为气之母,血能生气,所以血盛则气旺,血衰则气少,正如《不居集》所云“一身气血,不能相离,气中有血,血中有气,气血相依,循环不已”。陆教授治疗气血两亏之内痔出血常重用生黄芪合八珍汤加减益气养血,其中生黄芪重用能益气摄血止血、补气升提,《本草正》载黄芪“其所以止血崩血淋者,以气固而血自止也,故曰血脱益气”,《本草便读》载“(黄芪)之补,善达表益卫,温分肉,肥腠理,使阳气顺利,充满流行,自然生津生血”,《本草正义》载“凡饥饱劳役,脾阳下陷,气怯神疲者,及症久脾虚,清气不升,寒热不止者,授以东垣之补中益气汤,无不捷效,正以黄芪为参、术之佐,而又得升、柴以升举之,则脾阳复辟,而中州之大气斡旋矣。”

4 益气固表治疗肛肠病术后盗汗

肛肠病术后盗汗是由于手术损伤,气血耗伤,营卫失和,脏腑失调所致。由于术中出血,失血伤阴,阴分虚亏导致阳热内盛,迫汗外出;术后患者阴津亏耗,阴虚则生内热,内热熏蒸,则盗汗频出^[4]。《医学正传·汗证》云“盗汗者,寝中而通身如浴,觉来方知,属阴虚,营血

之所主也。大抵自汗宜补阳调卫,盗汗宜补阴降火”,当归六黄汤是治疗盗汗的名方,有滋阴泻火、固表止汗之效,主治阴虚火旺之盗汗证,《兰室秘藏》称其为“治盗汗之圣药”。陆教授认为此方要取得好的效果,关键在于要重用生黄芪以益气固表止汗,《药品化义》载黄芪“主补肺,故表疏卫虚,多用以君人参,使敛汗固表,治自汗盗汗”。

5 补气利尿治疗肛肠病术后尿潴留

肛肠疾病手术采用椎管内麻醉,术中损伤,或肛管内敷料填塞过多,以及患者疼痛紧张等多种因素,可导致术后小便不畅,甚至出现尿潴留;陆教授认为本病多为本虚标实之证,局部湿热蕴结下焦,气化不利属实;整体脾肾气虚,清阳不升为虚;湿热阻滞,气化不达膀胱,故时欲小便而不得出;因此治疗需扶正补气,兼清热利湿^[5]。陆教授临证常用生黄芪、车前子、白花蛇舌草、马钱子等 4 味药物,重用生黄芪 30 g 补气利尿为君,研究表明黄芪煎剂给大鼠皮下注射或麻醉犬静脉注射均有利尿作用,且利尿作用持续时间长,连续给药 7 d 亦不产生耐受性,健康人口服黄芪煎剂亦有利尿及排钠作用^[6],《神农本草经》载黄芪“主气癰、止痛,利水道小便”;车前子为臣,有利水道、通小便、止痛之功,李杲云“车前子,能利小便而不走气,与茯苓同功”;白花蛇舌草清热利湿,《广西中草药》载其“清热解毒,活血利尿,治……尿路感染”;马钱子消肿止痛,其虽有毒,但小剂量使用可提高平滑肌张力,增加膀胱逼尿肌和尿道内括约肌的功能。

6 益气养血、健脾生肌治疗肛肠病术后创面愈合迟缓

脾为后天之本,气血生化之源,脾运化的水谷精微是生成血液的主要物质基础,正如《景岳全书·血证》所云“血……源源而来,生化于脾”;《素问·痿论》云“脾主身之肌肉”,肌肉的营养靠脾运化水谷精微而得。《素问·太阴阳明论》云“脾病……筋骨肌肉皆无气以生”,《外科精要》云“不生肌,不收敛,脾气虚也”,若脾失健运,水谷精微生成乏源,生血物质不足,则血液亏虚,肌肉迟迟不能生长,而气血相依,血虚则气不足,均可造成肛肠病术后创面生长缓慢,甚至不愈合。陆教授认为脾胃虚弱、气血亏虚是肛肠病术后创面愈合缓慢的主要原因,故治疗当以益气养血、健脾生肌为法,正如《外科理例》所云“肌肉,脾所主也,溃后收敛迟速者,及气血盛衰使然……生肌之法,当先理脾胃,助气血为主,则肌自生”。陆教授临床常用药物为生黄芪 30 g,生白术 15 g,制黄精 15 g,当归 15 g,杭白芍 30 g,枸杞子 15 g,淮山药 15 g,扁豆 12 g,茯苓 15 g,黄柏 12 g,川牛膝 12 g,皂角刺 15 g,炙甘草 9 g。其中重用生黄芪益气养血、健脾生肌,能促进伤口愈合、缩短创面愈合时间,正如《本草汇言》所云“痈疡之证,脓血内溃,阳气虚而

不敛者,黄芪可以生肌肉,又阴疮不能起发,阳气虚而不愈者,黄芪可以生肌肉”,《药品化义》载黄芪“诸毒溃后,收口生肌”。

7 典型病例

患某,女性,43 岁,便秘。初诊:2013 年 4 月 12 日,患者便秘症已多年,3~4 d 1 行,质偏干,口干不甚,矢气少,苔薄润,边有齿痕,脉沉细,证属:气阴亏损,拟益气养阴清化为治。方药:生黄芪 30 g,生白术 30 g,生地黄 30 g,当归 30 g,炒枳壳 30 g,莱菔子 15 g,大腹皮 15 g,全瓜蒌 27 g,桔梗 12 g,丹参 30 g,木香 9 g,火麻仁 15 g,生甘草 9 g。二诊:2013 年 4 月 26 日,患者便秘服上药刻下排便已每日 1 行,便质转软,矢气明显增多,口干缓解,精神忧郁、烦躁不宁,夜寐偏差,苔薄质淡胖,边有齿痕,脉沉细,再拟原法为治。方药:上方加淮小麦 30 g,大枣 15 g,酸枣仁 15 g,生甘草改炙甘草 12 g。三诊:2013 年 5 月 10 日,患者便秘,服上方病情较前次无明显好转,排便量少,质干,夜寐已好转,五心烘热,苔薄边有齿痕,脉细带数,再拟益气养阴清化为治。方药:生黄芪 30 g,生白术 30 g,生地黄 30 g,麦冬 12 g,南北沙参各 15 g,当归 30 g,枳实 30 g,莱菔子 15 g,大腹皮 15 g,全瓜蒌 27 g,丹参 30 g,木香 9 g,火麻仁 15 g,生甘草 9 g。四诊:2013 年 5 月 24 日,患者便秘服上药病情改善明显,刻下每日 1 行,但口干仍甚,近期频发偏头痛,苔薄质淡,边有齿痕,脉沉细,再拟原法为治,佐拟祛风。方药:2013 年 5 月 10 日方加香白芷 30 g,蔓荆子 30 g,全蝎 6 g。

按:陆教授认为习惯性便秘虚证为多,气阴两虚为主,治宜益气养阴、开秘通下。初诊时,陆教授予生黄

芪、生白术、生地、当归益气养阴、滋阴润燥,其中生黄芪重用 30 g 为君,为补气之圣药,善补一身之气,具有补而不腻的特点,《本经疏证》载“黄芪一源三派,浚三焦之根,利营卫之气,故凡营卫间阻滞,无不尽通;桔梗辛温升散,主利肺气、通咽膈、宽中理气,桔梗、枳壳合用,有宽中下气之效;枳壳、莱菔子、大腹皮、全瓜蒌、木香调畅肠道气机;丹参养心柔肝、宁心安神;火麻仁润肠通便。二诊时,因患者精神忧郁、烦躁不宁,夜寐偏差,故加甘麦大枣汤养心柔肝、宁心安神。三诊时,因患者五心烘热,阴虚明显,故加南北沙参、麦冬养阴安神。四诊时,因患者近期时时频发偏头痛,故加白芷祛风解表、散寒止痛,白芷治疗头痛效果较好;蔓荆子辛能散风,微寒清热,轻浮上行,主散头面之邪,有祛风止痛之效;全蝎搜风通络止痛之效较强,用治偏正头痛效果较好。

参 考 文 献

- [1] 王吉耀. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:462-464.
- [2] 方豫东,李斌,章学林,等. 跟名医做临床:外科难病(二)[M]. 北京:中国中医药出版社,2011:258-260.
- [3] 张巍,汪庆明,芦亚峰,等. 肛痈方治疗肛周脓肿临床观察[J]. 中西医结合研究,2012,4(5):231-233.
- [4] 蔡丽群,陈勇. 当归六黄汤加减对 32 例混合痔术后盗汗患者临床疗效观察[J]. 浙江中医药大学学报,2006,30(6):627.
- [5] 王琛,郭修田,梁宏涛,等. 陆金根治疗肛肠疾病术后并发症经验[J]. 上海中医药杂志,2010,44(1):9-10.
- [6] 韩旭,王家骥. 黄芪注射液药理研究[J]. 北京中医,2000,19(1):44-45.

(收稿日期 2014-07-11)

欢迎投稿·欢迎订阅

邮局订阅代号:78-98 联系邮箱:zgzyjzyx@126.com 投稿请登录本刊网站(<http://www.zgzyjz.com>)注册后进入投审稿系统操作

奚肇庆教授自拟五紫汤治疗喘证经验

张蓓蕾 奚肇庆[△]

(南京中医药大学, 江苏 南京 210046)

中图分类号: R249.8 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0092-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.032

【关键词】喘证 五紫汤 奚肇庆

奚肇庆教授系江苏省名中医, 为南京中医药大学硕士、博士生导师, 发表学术论文专著逾百篇, 曾多次主持国家级及省部级课题。奚教授从事中医临床工作近 40 载, 临床之余亦潜心于中医经典著作, 对中医理论颇有研究, 学验俱丰, 尤其擅于治疗肺系疾病, 形成了一系列独特的治疗肺病经验, 多年临床以来在药对药组的应用方面深具匠心, 亦多有其独特的经验方^[1]。奚教授应用经验方融古而出新, 经反复锤炼, 组合有法, 简练有致, 屡彰其效。其自拟五紫汤, 用于喘证患者, 疗效显著。笔者有幸侍诊于侧, 受益良多, 现将其应用此方之心得及验案 1 则介绍如下。

1 五紫汤治喘心得

喘证在肺系疾病中极为常见, 是以呼吸急促、张口抬肩、鼻翼煽动等为主要特征的一种中医病证。现代医学中, 喘息作为一种常见的临床症状, 可见于多种疾病中, 慢性喘息型支气管炎、支气管哮喘、肺炎、肺气肿、肺心病、心力衰竭等疾病皆可见到喘息症状。《内经》中最早提及到喘证的名称、症状及病因病机。《景岳全书·喘促》中谓“实喘者有邪, 邪气实也; 虚喘者无邪, 元气虚也”, 提出了喘证的辨证纲领。《类证治裁·喘症》“由外感者治肺, 由内伤者治肾”, 初步归纳了喘证的治疗原则。

奚教授认为, 喘证为肺系疾病, 但引起喘证的原因有多种, 可由多脏病变所致, 不可简单归为肺伤, 亦不可单以虚实划分。肺为气之主, 司呼吸, 肺之宣发肃降功能失调则气息不续; 脾主中焦之气, 若痰浊上泛, 致上焦失宣, 或中气虚弱, 土不生金, 亦可致肺气不足; 肾主摄纳, 乃气之根, 主纳气, 可助于肺气肃降, 故肾元不固, 摄纳失常而见气不续接。因此, 喘证的发生与肺脾肾的功能状态失和关系密切。辨证时, 除分虚实外, 亦需辨清病变脏腑。现代中医内科学对喘证的治疗归纳为: 实喘祛邪利肺; 虚喘则培补摄纳, 应分脏腑、别阴

阳施治。因此临床见喘息日久者, 奚教授常辨为肺脾肾不足, 在治疗上以补益胸中宗气为根本, 尤其重视补肺健脾固肾, 施治则以扶正固脱、镇摄潜纳为基础, 在此之上再辨邪气, 以祛除影响肺气升降出入的痰浊、瘀血、寒饮、热毒等病邪为标, 辅以祛瘀血、除痰浊、化寒饮、清热毒等病邪, 使气机出入通畅, 营卫充盛, 气血和顺, 吐纳均匀。

奚教授所拟五紫汤, 即是应用于长期喘息患者。由紫菀、紫苏子、紫丹参、紫石英、紫河车 5 味药组成。在《内经》的五行学说之中, 五色对应五脏。五色理论不仅应用于对疾病的诊断当中, 也用于治疗。五色中, 黑色主水、入肾, 中医学常用黑色的药食治疗肾系疾病。紫色近似黑色, 通常认为其也同于黑色入肾。所立五紫汤, 亦是以 5 药之色紫, 合用取补肾之功。

紫菀味性温、辛苦, 归肺经, 可润肺下气, 消痰止咳。《本草再新》曰“紫菀润肺下气, 寒痰及虚喘者宜之”。紫菀性温润而不燥, 辛散又不伤阴, 苦降而不伤气, 善于开散肺郁, 为疏壅滞、散外邪、降肺气、化痰浊、止咳嗽、定喘咳之要药。且其药性平和, 无论外感内伤, 久咳新喘, 寒热劳嗽, 皆常常配伍应用。

紫苏子性温、味辛, 入肺经, 有降气消痰, 止咳平喘, 润肠通便之功效, 可用于痰壅气逆, 咳嗽气喘, 肠燥便秘。《本经逢原》言其“苏子, 性能下气, 故胸膈不利者宜之……为除痰定嗽, 消痰顺气之良剂”。苏子既能下气平喘, 又可润肠通便。脏腑中, 肺与大肠相表里, 若患者兼有大便干结, 用之更宜。若兼有表证者, 奚教授常易以苏叶。因苏叶性温味辛, 入肺、脾两经, 可解表散寒、行气宽中。如于肺经, 行于气分, 香温散寒, 外可助卫气固表散寒, 发表解肌, 内可通利心肺, 助肺气宣散。苏叶质轻, 长于宣散, 故凡解表散寒宜选用苏叶。苏叶又可解鱼虾蟹毒, 对饮食过敏者尤为适宜, 哮喘常在过敏后及接触物后发作, 故临诊见哮喘患者, 亦常改紫苏子为紫苏叶^[2-3]。

紫丹参性微寒, 味苦, 归心、肝经, 有祛瘀止痛, 活

[△]通信作者(电子邮箱: xzq49@163.com)

血通经,清心除烦之功效。紫丹参不入肺经,看似将其用于喘证无理,然而肺主气,气病多久则入血,且血能载气,以丹参活血,气亦能畅。且喘息日久,病者常见胸膈憋闷甚则刺痛,为内有瘀血之症。故久病者,常加紫丹参以散瘀利气,通利心肺,平喘止咳。

紫河车甘、咸,温,归心、肺、肾经,有补肾益精,益气养血之功效,用于肾不纳气,精血亏虚,气血不足者。紫河车为补虚药的一种,既补肺气,又益肾精,尤其适用于肺肾两虚、阴阳俱损者。临床上,若见患者喘作日久,呼吸吸少,喘促短气,兼见头晕耳鸣,腰膝酸软无力等症,又常加用紫河车以温润益精、补肺益肾。

紫石英性味甘,温,归心、肺、肾经,有镇心安神,温肺,暖宫之功效。久喘患者常出现畏寒,四肢厥冷,腰膝酸软,体倦乏力,夜尿频多等阳虚症状,以紫石英重镇摄纳,温肾纳气。且紫石英能重镇安神,患者如诉喘息且伴有夜寐难安,加用紫石英则更为契合。

以此 5 味药合而为方,遵旨肺气以降为顺,肾气以补为宜,治疗喘息不愈之虚喘患者。其中,紫菀、紫苏子以降肺气化痰浊为主,紫丹参、紫石英、紫河车以补肾气,温肾元为长,5 药之中,三补二泄,又以补为主,故所治疗喘证,以肺肾两虚者为相宜。

前人亦有五紫汤,是以紫衣核桃易紫河车。奚教授擅于肺系膏方,作膏方时又常加紫衣核桃,因其味甘热而润,入肺、肝、肾经,可温肺补肾。膏方添入紫衣核桃,一可作为辅料增味,使口感适宜,易于服用,二可补益肺肾,峻补下焦,温通命门,解肺肾不足之咳喘^[4]。

2 典型病例

患某,男性,61 岁,退休职工。2013 年 3 月 25 日初诊。主诉喘息伴咳嗽、咯痰 40 余年,加重 1 周。多次就诊于当地医院,诊为慢性阻塞性肺疾病急性加重。胸部 CT 示两肺支气管扩张伴感染,局限性肺气肿,肺大泡,纵隔淋巴结肿大,胸膜增厚。就诊时:患者喘息明显,时有咳嗽,咯痰量中等,色白质黏,痰中夹有少量血丝,登楼气喘,动则易汗,颜面暗滞,纳食尚可,二便正常,舌质淡紫红,苔薄黄,脉细滑。证属肺肾两虚,痰热伤络,治以补益肺肾,化痰平喘。处方:紫苏子 12 g,紫菀 10 g,紫丹参 12 g,紫石英 15 g,紫河车 10 g,西洋参 4 g,葶苈子 12 g,薏苡仁 12 g,桃仁 10 g,茅根 15 g,芦根 15 g,桑皮 10 g,黄芩 10 g,甘草 4 g。7 剂,每日 1 剂,温服。2013 年 4 月 1 日二诊。诉服药后颇佳,咳喘有缓,咯痰量渐少,血丝已除,动则气喘已缓,胃纳尚可,便溏,舌质淡紫,苔薄白,脉细滑,原方去芦根,加平地木 15 g,补骨脂 10 g。14 剂,每日 1 剂,温服。半月后前来复诊,患者诉喘息明显减轻,咳嗽咯痰亦少。继以原方踵进,

服药至今,喘息症状已不明显。现患者仍在坚持服药,已半年未有咳喘明显发作。

按:本患者喘息伴咳嗽、咯痰逾 40 年,病久正亏,肺气耗伤,肾气虚损。故见登楼气喘,动则易汗,颜面暗滞,兼时有咳嗽,痰中夹有血丝,色白质黏,舌质淡紫红,苔薄黄,脉细滑。辨证属于肺肾两虚,痰热伤络。奚教授以紫菀、紫苏子、紫丹参、紫石英、紫河车合用补肺益肾,降气化痰,配以西洋参益气养阴,兼清肺火,葶苈子、桑白皮清热化痰,薏苡仁、桃仁合用消痈排脓,茅根、芦根清热排脓、化痰止血。二诊时痰中血丝已除,痰热渐清,标证渐除,考虑患者病久本虚,难以速愈,故继而着重治疗肺肾两虚之本,去芦根,加平地木、补骨脂以补肺益肾平喘。全方宗肺肾不足,痰热内蕴之病机,以五紫汤补肺益肾,辅以清肺止血,而见显效。

奚教授治疗喘证充分吸收并传承了孟河医派的学术思想和临床经验,处方注重精简,选用药物轻灵,药味数目不多,药量不取过重。以五紫汤为底方治疗肺肾不足之咳喘时,亦注重主症之外的配伍。若伴咳逆、咳痰稀薄者,合紫菀、款冬花、苏子、钟乳石等温肺止咳定喘;若咯痰稠黏,合川贝母、百部、桑白皮化痰肃肺;如喘甚痰多,痰色黄稠,可加葶苈子、海蛤壳、鱼腥草、冬瓜仁、薏苡仁以清热泻肺,化痰降浊。气虚甚者,可用党参或西洋参;佐以白芍、橘皮、青皮调营畅中、理气和胃;食积不化者,加炙鸡内金、焦楂曲、谷麦芽消导食积;腹胀重者,加用砂仁、木香、槟榔;腑气不通者,用厚朴、生大黄;也可选用法半夏、陈皮、黄连益气健脾,平调寒热。偏阴虚者,气息急促,心烦内热,汗出黏手,乏力,口干舌红,脉沉细数,加补肺养阴清热之品,如沙参、麦冬、玉竹、百合、诃子,阴虚甚者,人参改用西洋参;若阳虚甚,气息微弱,汗出肢冷,舌淡,脉沉细,加附子、干姜;喘剧气怯,不能稍动,加人参、五味子、蛤蚧以益气纳肾。神智不清,加丹参、远志、石菖蒲安神祛痰开窍;浮肿加茯苓、炙蟾皮、万年青根强心利水。病重时若见喘促不已,动则尤甚,加山茱萸肉、胡桃肉、脐带等补肾纳气。

参 考 文 献

- [1] 盛夏,奚肇庆. 奚肇庆教授治疗肺系疾病常用药对举隅[J]. 中国中医急症, 2013, 22(6): 941.
- [2] 周仲瑛. 周仲瑛医论选[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 519.
- [3] 刘恩梅, 杨锡强. 儿童哮喘免疫学发病机制进展[J]. 实用儿科临床杂志, 2004, 19(12): 1103.
- [4] 奚肇庆. 膏方调补肺病精要[J]. 江苏中医药, 2006, 27(11): 6.

(收稿日期 2014-07-01)

韩汝训教授针刺治疗急性颈椎小关节紊乱症经验

于书淮¹ 李 静² 高淑红^{2△}

(1. 天津中医药大学, 天津 300193; 2. 天津中医药大学第一附属医院, 天津 300193)

中图分类号: R249.8 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0094-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.033

【关键词】 颈椎小关节紊乱 针刺 名医经验 韩汝训

韩汝训系天津中医药大学教授, 主任医师, 从事中医临床及教学近 50 年, 学贯中西, 针药汇通, 尤善针砭。韩汝训教授对于急性颈椎小关节紊乱症的针刺治疗颇有心得, 针对本病的独特病机设立通经止痛随咳复位法。学生有幸跟随韩教授学习, 侍诊左右, 得见韩教授施用此法治疗本病, 操作简便, 且疗效显著, 多针毕而愈。现试将韩教授应用通经止痛随咳复位法治疗急性颈椎小关节紊乱症经验浅述如下。

1 韩汝训教授关于本病病因病机的认识

颈椎小关节紊乱症, 中医称为颈椎小关节错缝, 是指颈椎的小关节超出正常的活动范围, 小关节面之间发生微小的错位, 属于“骨错缝, 筋出槽”的一类病证, 多急性发病。当颈部肌肉扭伤或受到风寒侵袭发生痉挛; 或睡觉时颈部肌肉放松的情况下突然翻身; 或头部转动过快等, 均可使颈椎小关节超出正常活动范围而发生本病, 发作时常伴有小关节弹响, 多见于中青年。检查可发现病变颈椎棘突向一侧隆起或呈现明显偏歪, 椎旁常有明确压痛点。由于伤后患者颈部疼痛, 向一侧偏斜且活动受限, 严重影响患者正常的生活和工作。

韩汝训教授认为, 本病病因病机主要有两种。一是外感风寒湿邪, 客于经络, 而致气血不畅, 经络不通。太阳为开, 主一身之表, 统营卫而应皮毛, 是卫外屏障, 为诸经之藩篱。阳气卫外而为固, 是以风寒湿邪侵犯人体, 太阳首先受之。足太阳经“下项, 循肩膊内, 夹脊, 抵腰中”, 卫气郁阻, 经络之气不畅, 则头项强痛。二是扭伤, 因扭伤所致瘀血闭阻经脉而致经络不通。二者皆发病较急, 疼痛剧烈。由于扭伤部位不同, 治疗时须辨别所属经脉。临床上以督脉、手足太阳经合病较常见, 手少阳经次之, 手阳明经较少见。从现代医学角度分析, 本病又称颈椎小关节滑膜嵌顿。从解剖结构上看, 颈椎

小关节由上位椎体的下关节突和下位椎体的上关节突组成, 关节面有软骨覆盖, 具有一小关节腔, 其周围有关节囊包绕。其关节突较短, 上关节面朝上偏于后方, 下关节面朝下偏于前方, 关节囊较松弛, 可以滑动, 横突之间往往缺乏横突韧带。因此颈椎的稳定性较差。当关节发生微小移动时, 关节腔增大, 腔内负压增加, 关节滑膜被吸入关节腔, 造成滑膜嵌顿、组织充血水肿而产生疼痛。疼痛引起的反射性肌痉挛, 又可使小关节面压力进一步加剧, 从而加重上述病理变化。滑膜上端的肿胀可刺激位于椎间孔内的神经根, 造成颈项肩背及上肢酸痛麻木。严重者可刺激植物神经, 引起头晕、偏头痛、耳鸣、视物不清、面部麻木疼痛等头颈综合征。如因血肿压迫而出现神经症状, 可由血肿吸收症状随之消失^[1]。

2 韩汝训教授关于本病诊断、辨证的要点

2.1 诊断 韩教授关于本病的诊断主要有 3 点: 一是患者颈部有酸痛不适且活动受限。二是触诊。棘突隆起或向一侧偏歪, 椎旁有固定压痛点。三是辅助 X 线片检查。多数患者一侧椎间隙增宽, 椎体可侧方移位; 侧位片上可见错移节段小关节接触面变小, 同节段椎间关节间隙不清或椎间孔大小和形态有改变^[2]。也有些患者 X 线片无明显征象, 此时以前两点为准。

2.2 辨证 韩教授对于本病的辨证主要通过询问病史并结合舌脉诊查。感受风寒湿邪患者多有颈部汗出当风, 洗澡或游泳后颈部未擦干而感受风寒等病史, 患处酸痛、肌肤麻木, 多于阴雨天病情加重。舌脉: 多数患者舌暗, 苔白腻, 脉濡缓。扭伤患者多有过度转头或颈部扭挫伤等病史, 舌脉: 多数患者舌淡, 苔薄, 脉弦紧。临床上本病急性发作的患者以扭伤更为常见, 而感受风寒湿邪的患者多于阴雨天急性发作, 较少见。对于扭伤患者, 通过触诊颈部肌肉, 根据肌肉痉挛及疼痛的部位而判断所属经络, 在颈后部, 居中为督脉, 两侧为

△通信作者(电子邮箱: 372587746@qq.com)

足太阳经;在颈侧部,在前为手阳明经,在中为手少阳经,在后为手太阳经。以此辨证论治,获效甚捷。

3 韩汝训教授关于本病治疗的基本思路、常用针刺手法、选穴治疗特色

3.1 基本思路 韩教授指出,本病治疗中止痛和复位是关键,而止痛又是复位的前提。本病因滑膜嵌顿、组织充血水肿而产生疼痛,疼痛又引起局部肌肉反射性肌痉挛,但在肌肉痉挛时通过患者自我活动复位是难以达到的。因此治疗应先止痛,从而放松局部痉挛的肌肉,平衡颈部肌肉张力。由于本病的病机为经络不通,气机不畅,不通则痛。《灵枢·本脏》中记载“经脉者,所以行气血而营阴阳,濡筋骨,利关节者也”。《灵枢·经脉》又云“经脉者,所以能决死生,处百病,调虚实,不可不通也”。根据经脉所过,主治所及和通则不痛的原则,针刺病变部位所属经脉的腧穴及止疼穴,令针感循经感传,可即刻疏通病变部位的经气,达到立时止痛的目的。正如《金针赋》所云“运气走至疼痛之所,气至而痛立止”。由此以通经止痛为法。疼痛缓解则肌肉得以放松,颈部肌肉张力恢复平衡。在此基础上,再配合患者用力咳嗽及稍活动肩部,调动颈部肌肉及黄韧带等组织的回弹力作用,使错缝的小关节复位,滑膜嵌顿解除^[3]。

3.2 常用针刺手法及选穴治疗特色 韩教授治疗本病时多嘱患者采取侧卧位,患侧朝上。选用 1.5 寸毫针,取阿是穴及其周围腧穴、病变部位所属经脉的本经腧穴、患侧天柱穴向下排刺至风门穴(各针平颈夹脊)、后溪穴、支沟穴及各经止疼穴。手太阳经为后溪,手少阳经选中渚,手阳明经选用二间或三间。韩教授指出,因支沟为颈痛经验穴,后溪为八脉交会穴,通于督脉,所以无论病变部位所属何经脉,皆应选用此两穴。进针得气后于后溪、支沟及所属经脉止疼穴行雀啄泻法,力求针感传至病所。有些患者针感循经感传难以传至病所,则须酌情在肩和肘两关节处选取本经腧穴并行泻法,以促进针感传至病所。行泻法时,嘱患者用力咳嗽,并稍活动患侧肩部,若听到弹响即复位。之后留针 15~20 min。若患者出现伴随症状多随证取穴,如同时伴有头晕可加太阳、神庭、四神聪;偏头痛加率谷、天冲;耳鸣可加听宫;视物不清加睛明;面颊麻木、疼痛加颊车、下关等。痛经止痛随咳复位法不仅可以避免手法复位对颈椎小关节造成的人为损伤,而且操作简便,疗效显

著,省时省力。

4 典型病例

患某,女性,35 岁,2014 年 4 月 12 日上午初诊。头颈部向左偏斜,转头不能。患者自述,4 月 11 日因别人呼叫而突然转头,同时听到一声弹响,之后头部无法转回,且左颈部酸胀疼痛。刻诊:颈部向左偏斜,活动受限,触诊检查第 5 颈椎棘突向左侧偏歪,其左侧椎旁有压痛点,且附近肌肉痉挛。中医诊断:颈椎小关节错缝。经络辨证为督脉及手足太阳经。西医诊断:颈椎小关节紊乱症。治疗:患者取右侧卧位,头颈部垫一枕头,暴露左肩背及左上肢。取穴:阿是穴及左侧风池、完骨、天柱向下排刺至风门(各针平颈夹脊),天窗、肩中俞、肩外俞、支沟、及后溪等穴。于各穴进针得气后,在支沟、后溪穴行雀啄泻法。行泻法时,嘱患者用力咳嗽,并稍活动左肩。当咳嗽第 3 次时隐约听到一声弹响,患者颈部即刻可以转动。之后留针 15~20 min。针后患者转头自如,颈部疼痛较前减轻。嘱其回家后用冰块冷敷 20 min。次日患者来诊颈部已活动如常,唯稍有疼痛。为巩固疗效,再予针刺 1 次之后痊愈。

5 结 语

依韩教授多年临证经验,急性颈椎小关节紊乱症,越早治疗效果越好。一般发病当日施用此法治疗多可立即复位,症状也可随之消失。若发病 2~3 d 后再治疗,颈椎小关节周围水肿加重,复位后,水肿仍存在,须再针刺 1~2 次以助消肿止痛。对于病程大于 1 周的患者,须酌情治疗 1~2 个疗程(每日 1 次,7 次为 1 疗程),方可痊愈。此外,对于 24 h 以内急性扭伤的患者针刺治疗后应辅助冰块冷敷以消肿止痛,2~3 d 后再进行热敷,促进瘀血的吸收,以期尽快痊愈。对于已治愈的患者要嘱其切忌快速用力转头并注意颈部防护及保暖,以防复发。

参 考 文 献

- [1] 孙树椿. 中医药治疗颈痛[M]. 北京:人民卫生出版社,2002: 258.
- [2] 陈湘岩,林长军,刘洪杰,等. 颈椎小关节紊乱 X 线诊断方法[J]. 黑龙江医学,1998,23(1):23.
- [3] 王琦,翟佳滨. 推拿手法治疗颈椎小关节紊乱 48 例临床观察[J]. 中国中医急症,2012,21(11):1866.

(收稿日期 2014-06-23)

基于“内湿致痹”理论探讨湿与痛风的关系*

刘芬芬 羊 维 李海昌 温成平[△]

(浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053)

中图分类号: R589.7 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0096-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.034

【摘要】 湿邪是痹证的主要病因, 内湿是间歇期及慢性期痛风病机之本; “脾主运化”是对机体生理、病理学高度总结, 特别是与消化系统及物质代谢的关系密切。脾虚是内湿生成之源, 脾虚湿困证是临床常见证型, 是间歇期及慢性期痛风重要的病因病机, 贯穿其始终。临床上, 对间歇期及慢性期痛风的治疗, 多从脾论治, 以健脾化湿为主。

【关键词】 内湿 痹症 脾虚 痛风 间歇期

Based on the Theory of "Internal retention pathogenic dampness lead to bi" to Discuss the Relationship between Dampness and Gout LIU Fenfen, YANG Wei, LI Haichang, et al. Zhejiang Chinese Medical University, Zhejiang, Hangzhou 310053, China

【Abstract】 Pathogenic dampness was the main cause of arthralgia syndrome, and the internal retention pathogenic dampness was the pathogenesis of intermittent period and chronic gout. "Spleen governing transportation and transformation" highly summarized human physiology and pathology, especially to digestive system and metabolism. Spleen deficient would lead to the generation of internal retention pathogenic dampness, and its clinical type was the syndrome of spleen deficient with damp harassment. So spleen deficient was the pathogenesis of intermittent period and chronic gout. The treatment of intermittent period and chronic gout was always from pi. It gave priority to invigorate spleen to resolve dampness.

【Key words】 Internal retention pathogenic dampness; Arthralgia syndrome; Spleen deficient; Gout; Intermittent stage

痛风属于现代医学中的代谢性疾病, 属于中医学“痛痹”、“痛风”、“历节病”、“白虎历节”、“脚气”等范畴。“风寒湿三气杂至合而为痹也。其风气胜者为行痹, 寒气胜者为痛痹, 湿气胜者为着痹也”。风寒湿外邪之中, 而湿邪与痹证关系最为密切。湿有内外之别, 主次之分, 轻重缓急, 外湿是痹证的重要原因, 内湿是其主要发病因素。

中医学认为痛风的发生有 3 方面原因, 或因劳逸不当, 久病体虚; 或因嗜食甘肥厚腻、酒热海腥发物, 导致脾失健运, 湿热痰浊内生; 或因感受风寒湿邪。间歇期痛风, 主要由于患者素体脾胃虚弱, 脾失健运, 内生湿浊, 聚而成痰, 日久化瘀, 外邪注于肌腠经络, 滞留于关节筋骨, 导致气血痹阻而关节作痛。“脾虚湿浊内阻”是其病机关键, “湿、痰、浊、瘀”是其致病之本, 脾虚痰湿体质是其体质基础, 外感风寒湿邪是其发病外因。

1 湿邪是痹证的主要病理因素

1.1 理论渊源 痛风之名始于金元, 由丹溪首先提出, 《丹溪心法》曰“痛风者, 四肢百节走痛, 方书谓之白虎历节证是也”, “肥人肢节痛, 多是风湿与痰饮流注经络而痛”。明·张景岳在《景岳全书·脚气》中认为“自内而致者, 以肥甘过度, 酒醴无节, 或多食乳酪湿热等物, 致令热壅下焦, 走注足胫, 而日渐渐痛”。张仲景在秉承《内经》“风寒湿致痹”理论的基础上, 总结出外因重湿邪, 内因重视肝脾肾的理论, 并针对性提出了“发汗, 利小便”等基本治法。《金匱要略》中提到“盛人脉涩小, 历节痛, 不可屈伸, 此皆饮酒汗出当风所致”。“趺阳脉浮而滑, 滑则谷气实, 浮则汗自出”。由此可见, “外湿困脾”或“脾虚生湿”都体现了湿邪致痹理论。另外, 由于肝脾肾亏虚, 生化无源, 气血亏虚, 犹如无根之木, 则外不能御邪, 内则易生湿化浊, 痹阻关节脏腑。所以, 肝脾肾亏损亦是痹证发生发展的重要因素。如《金匱要略心典》也明确提出, “历节病, 非水湿内侵, 则肝肾虽虚, 未必便成历节”。

1.2 “内湿致痹”病机特点 湿有内外之别, 两者互为因果, 相互危害, 外湿困脾易滋生内湿, 脾虚不运, 水

* 基金项目: 国家“十一五”科技支撑计划常见病研究项目 (2007BAI20B06); 浙江省自然科学基金项目 (Y2110685)
[△] 通信作者 (电子邮箱: wengcp@163.com)

湿不化又易招致外湿。外湿致痹,往往夹杂其他邪气,沆瀣一气,病势急、病情重;湿性属阴,六淫之中,为地气所化,重浊黏腻,主静而不动,内湿尤为如此。内湿多见脾胃素虚、或年高体弱,脾胃运化失职,由于脾的运化功能不及,水湿失运凝聚而成;内湿致痹,缓慢隐匿,不易察觉,形式多变,病位不定;多因脾胃渐损,日久中阳不振,水湿不运,而渐起病;内湿致痹有别于外湿,其痹证季节性不明显;内湿致痹范围广泛,可侵袭肌肤腠理,经络关节,也可内痹阻脏腑,如痛风日久及肾,表现为内脏痹;内湿致痹,具有缠绵性,病势缠绵,病程较长,往往不是一方一药,一朝一夕能够解决;内湿致痹具有转化性特点,可由外湿侵犯机体,阻碍脾胃气机,致脾胃健运,运化失职,变生内湿;内湿也可因患者阴阳盛衰之不同,可湿从热化为湿热,湿从寒化,转为寒湿,内湿郁久,可或酿积热,出现湿热错杂证。

2 内湿是间歇期及慢性期痛风病机之本

内湿的产生与脾之功能密切相关,脾虚湿困证型是间歇期痛风的主要证型,脾乃中医脏象学说的核心,“脾主运化”为“后天之本”的功能物质基础。生理状态下,脾运正常,中土得化,运化有常,升降有序,清升浊降,散精有力,灌溉四旁,营养周身肌肉关节,则气血无所滞,湿浊无以聚,痰瘀无所附。脾运正常,膏粱厚味(蛋白质、脂肪、高嘌呤食物)经过消化,蛋白及脂肪分解产物逐步被机体吸收;脾“化”正常,则进一步将吸收的分解产物如甘油和氨基酸代谢产生能量,多余的蛋白终产物以尿酸及尿囊素为主,通过大小便排泄^[1]。

脾运化失职,则体内尿酸产生过多或尿酸排泄不畅,而致血中尿酸升高,沉积在关节滑膜、滑囊、软骨及其他组织中引起反复发作性痛风性关节炎,关节炎症状反复、病情缠绵,最终将过渡到痛风缓解期或慢性关节炎期。基于脾主运化的重要性,李东垣在《脾胃论》提出“百病皆由脾胃衰而生也”。脾虚湿盛是间歇期痛风发病的基础,脾虚则多招致湿浊停滞,痰湿积聚,脾虚湿盛证是痛风、代谢综合征、高尿酸血症、肥胖等多种脂质代谢性疾病的主要中医证型,本课题组前期对间歇期及慢性期痛风中医证候的文献进行了检索研究,结果显示主要证候是:痰瘀痹阻证 35.06%,痰浊阻滞证 14.88%^[2],脾虚湿困证型决定了痛风及高尿酸血症的发展转归。痛风的发病内因多为素体脾胃虚弱,加之嗜食膏粱厚味,醇酒海鲜,重伤脾胃,化生痰湿;外感风寒湿,湿浊痰瘀流注关节肌肉筋脉。所以,痛风的发生,实际上经过了一个由量变到质变的过程,病变之初多以脾虚为本,病理变化多表现为无症状高尿酸血症时期;随着病程延长,病邪逐步化生,渐此深入,湿浊痹阻关节,日久入络,外攻手足,内注脏腑,化瘀化热,多表现为多关节的红肿热痛型急性关节炎;急性关节炎反复发作,症状加重,次数频繁,随之进入;痛风慢性关节炎期或无症状间歇期,此期

多见中老年男性患者,代谢障碍,机体氧化过剩,此期病程较长且临床症状轻,患者依从性差,往往被医患双方忽视,而变生他病。所以痛风间歇期或慢性性关节炎是痛风治疗和预防的关键所在。

3 健脾化浊是间歇期及慢性期痛风的基本治法

痛风是嘌呤代谢紊乱、尿酸排泄障碍所致血尿酸增高的一种常见的代谢性疾病。人体内尿酸主要从肾脏和肠道排出体外,其中 2/3 以原型通过肾脏排泄,1/3 通过肠道排泄,肠道排出尿酸功能的降低是导致高尿酸血症及痛风的一个重要原因。《金匮要略》中写道“湿痹之候,小便不利,大便反快”,认为湿痹与小便有极大关系。李东垣曾说:“治湿不利小便,非其治也”。叶天士亦云:“通阳不再温,而在利小便”。脾虚招致内湿积聚,内湿引发间歇期痛风发作的内在原因,健脾亦为利湿,利湿即为祛痹。所以,本课题提出“脾虚湿浊内阻”是间歇期及慢性期痛风病机关键,健脾化浊是间歇期及慢性期痛风的基本治法。前期对间歇期及慢性期痛风中医证候的文献进行了检索梳理,归纳出脾虚湿盛是缓解期痛风的主要临床证型,继而进行了药物筛选及动物实验,以健脾化浊为基本治疗思路,立法组方,归纳出具有健脾化浊的祛浊通痹方^[3](主要中药为苍术、白术、薏苡仁、土茯苓等),进行了多中心、大样本、随机的临床研究,观察 210 例原发性间歇期痛风患者。结果发现,以健脾化浊为主的祛浊通痹方能有效降低痛风患者间歇期(包括慢性期)的血尿酸水平,防止急性期关节炎的复发,并且具有良好的安全性。所以笔者提出,临床对痛风及高尿酸血症的治疗,应以健脾化湿为本,减少尿酸生成为标,脾旺则百病不得生;以健脾泄浊、降酸化湿为主要治法。

4 讨论

中医学认为“脾为后天之本”,“四季脾旺不受邪”,脾虚不健,则导致其主运及主化功能失职,易招致内外湿相合,湿浊内阻。内湿之邪贯穿痛风间歇期及慢性期的整个疾病过程,究其实质,脾虚则为其病机基石,问题之关键。所以,脾虚湿盛是缓解期痛风的基本病机,湿、浊、痰、瘀是其重要病理因素,血尿酸升高、关节不利、脏腑衰竭是其外在表现。所以,临床以健脾化湿法为主要治法,从脾论治间歇期或慢性期痛风,杜绝或减少内湿生成,将对提高疗效、减轻痛风性关节炎反复发作具有重要的意义。

5 典型病例

患某,男性,54 岁,浙江舟山人,从事海鲜餐饮业。因左脚第一跖趾关节及双踝关节疼痛 2 周,加重 3 d 就诊。刻诊:患者左脚第一跖趾关节及双踝关节反复疼痛,红肿不明显,拒按,烘热,凉敷减轻;面赤,口臭,时常腹胀,便溏,四肢困重,疲乏嗜睡,眠可,胃纳可,二便

正常,舌淡胖,苔黄腻,脉濡缓。患者自诉素既往体健,肥胖,好食生猛海鲜,嗜酒,喜食冰镇啤酒及凉饮料,本次起病前,下班后过食海鲜、啤酒,于凌晨疼痛发作。体检:左脚第一跖趾关节、右侧踝关节疼痛明显,轻度肿胀,局部颜色偏暗红,局部压痛明显,活动受限。既往体健,有痛风家族史。发现痛风 20 年,曾服秋水仙碱、消炎痛、苯溴马隆、丙磺舒、别嘌吟等治疗,因胃肠道反应明显而停药。血检查:血尿酸 670 $\mu\text{mol/L}$,血沉 28 mm/h, C 反应蛋白 20 mg/L,肝肾功能正常。

辨证:脾虚湿盛,瘀浊阻滞。治法:健脾祛湿、泄浊化瘀。方选祛浊通痹方加四君子汤加味,方药:土茯苓 60 g,苍术 15 g,白术 20 g,党参 15 g,薏苡仁 30 g,川草薢 20 g,茯苓 12 g,姜黄 10 g,延胡索 18 g,豨莶草 30 g,玉米须 15 g,桑寄生 10 g,怀山药 15 g,佛手 15 g,生甘草 6 g。同时嘱川乌、草乌各 6 g,冰片 10 g,石膏 10 g,延胡索 10 g 煎水外洗,如意金黄散加白白酒调和,外敷患处,纱布外敷,胶布固定,24 h 为 1 疗程。待关节红肿消退,疼痛缓解,活动不受限后,停外敷及外洗,可常备玉米须 15 g,石斛 6 g,枸杞子 10 g,小苏打 0.5 g 泡水代茶。方解:脾虚湿浊阻滞证痛风,多见于急性痛风性关节炎反复发作后,且发作次数越来越频繁,间歇期愈来愈短,临床症状往往缓解,但复查血尿酸仍明显高于正常值,病者此时常忽视或放弃治疗,导致关节炎症状反复发作,关节畸形,舌淡、苔薄白、脉滑或缓,临

床辨证多属脾虚湿阻、痰浊阻络证,治以健脾祛湿、泄浊化瘀为主。本病例方以土茯苓、苍白术为君药,健脾化湿、泄浊解毒;臣以怀山药、党参、炒薏苡仁助君药健脾化湿泄浊,以绝内湿生成;玉米须利水消肿;佐以清化湿热,更增泄浊解毒之功;辅以姜黄、延胡索活血通络以利气血顺畅、脉络通利,共奏消肿止痛之功,加之桑寄生祛风湿,益肝肾,强筋骨;佛手疏肝解郁,理气和胃。对于脾虚湿盛证间歇期痛风,泄浊解毒药的选择,作者特别推崇土茯苓、草薢两味。土茯苓甘淡性平,主入脾胃经,可助升清降浊,有解毒利湿、舒经通络之功,使邪去正安,同时通经络,止痹痛,标本兼顾。草薢味苦甘性平,主入肾、膀胱经,具有良好的分清泌浊之功。两药皆有除湿、解毒、利关节之效。方中土茯苓、苍白术、怀山药、党参、川草薢、玉米须、薏苡仁利湿泄浊,运脾解毒;桑寄生、佛手片入肝经能理气化痰、舒肝强筋;豨莶草、姜黄、延胡索止痛散瘀通络以治标,共奏健脾化湿、分清泌浊之功。

参 考 文 献

- [1] 蔡琴,程东庆. 中医脾虚证本质的中西医结合研究进展[J]. 亚太传统医药, 2009, 5(26): 133-136.
- [2] 李海昌,温成平,谢志军,等. 间歇期及慢性期痛风中医证候的文献研究[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(10): 2530-2534.
- [3] 李海昌,温成平,谢志军,等. 间歇期及慢性期痛风中医方药的文献研究[J]. 中华中医药学刊, 2013, 31(2): 252-255.

(收稿日期 2014-09-20)

(上接第 88 页)

卫气不足,故痛楚不容触碰,不任侵害也。治疗以四神聪、右翳风穴、上下唇旁痛点灸各 5 壮。口唇及耳后轻触即离,勿起疱。灸后痛止,可触摸。据述灸疗后当日下午发作次数明显减少。连灸 5 d,显效,未再来诊。

5 针刺神经节段加灸治疗带状疱疹后遗神经痛

患某,男性,54 岁,左侧胸肋带状疱疹后遗疼痛反复发作 4 个月,予口服卡马西平未见效果。述左胸肋部疼痛发无定时,尖锐痛,痛点不可以触碰。查体见左胸背第 4 肋以下至第 7 胸肋间至前胸可见疱疹消退后散在褐色色素沉着,剑突下,左乳下 3 处疼痛敏感点。胸背侧尚无明显痛点。病由毒邪以退,细邪入络,经脉气血未和。予针刺左第 4、第 7 夹脊穴,左胸肋阿是穴明显痛点,左内关穴。电针连系内关——胸前痛点 1;第 4 夹脊——胸前痛点 2;用连续波。留针 30 min。针毕,以细艾条燃着,灸针刺点。轻触,勿起疱,各 5 壮。治疗完毕,患者即觉疼痛消失。连续治疗 10 次。其间,灸灸点以阿是点变换两次。一为避免起疱化脓,二为针对性调和局部脉络。经 10 次治疗后,患者病变显效未再来诊。后随访得知,疼痛消失,未再复发。

按:带状疱疹后遗神经痛临床常见病,服用西药卡

马西平疗效并不肯定,有些患者服药后还显头昏乏力。王师以针刺结合细艾条点状灸有较好的疗效。

6 结 语

目前临床常用的市售艾条产成品长 20 cm,直径 1.2 cm,外观粗大、质量粗陋,火力大,极易灼伤,烟黑味呛,影响环境。临床使用大多用于穴位悬灸。王老师早年师承下来的细艾条可用于病处直接灸。其艾条用精细艾绒搓成,长 12 cm,直径 4~5 mm,直接用于穴位或病灶的灸。每处 5~7 壮,热力可控,十分安全。现在患者大都无法接受皮肤化脓疗法,因此灸时依据病情或穴位所处位置选穴,为避免起疱,采用轻触皮肤或似触即离的手法。如上述案 1 采用大柱按灸,热力就高,用于回阳;案 2、3、4、5 等,需要反复灸以疏风宣邪,手法宜轻巧灵活,采用轻触,或似触即离的手法。王师认为,细艾条灸更符合真正传统意义上的艾灸治疗,且疗效确切,操作方便,值得推广。

参 考 文 献

- [1] 外台秘要[M]. 北京:学苑出版社, 2011: 656.

(收稿日期 2014-09-02)

试述急性胰腺炎的中医治疗*

周秉舵^{1,2} 徐亭亭¹ 王宏伟^{1,2} 孔 婧¹ 朱生樑^{1,2△} 王晓素^{1,2}

方盛泉^{1,2} 周 莉¹ 刘春芳¹ 张秀莲¹ 王 轶¹

(1.上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院,上海 200437;2.上海中医药大学脾胃病研究所,上海 201203)

中图分类号:R576 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)01-0099-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.035

【摘要】 本文就急性胰腺炎的病位归属、病因病机、治疗方法等方面进行了较详尽的阐述,并重点介绍了中医治疗急性胰腺炎的治法及优势和特点。

【关键词】 急性胰腺炎 中医 治法

中医多以症状命名,故急性胰腺炎无中医专属名称。根据古人对胰腺及类似急性胰腺炎症状的描述,现在人们多把急性胰腺炎归为“腹痛”、“脾心痛”、“脾实”和“结胸”来进行研究。西医对于急性胰腺炎的治疗以抑制胰酶分泌、抑制胰酶活化、液体复苏及对症支持治疗为主。在西医常规治疗的基础上结合中医药可以有效减少并发症、缓解腹胀、腹痛等症状。笔者就中医药对急性胰腺炎的治疗作用进行了一些研究,现归纳如下,以飨同道。

1 病位归属

1.1 中医将胰腺归为脾脏 从古代文献的解剖描述来看,胰腺当归于脾脏。如《脾胃论》载“脾长一尺,掩太仓”。王清任《医林改错》载“脾中有一管,体象玲珑,易于出水,故名珑管”。以上所指的“脾”实际上的解剖位置和形状与胰腺相符,所指“珑管”类似于副胰管的结构,故从现代医学对胰腺的解剖位置的认识来看,胰腺当归中医学脾脏范畴。

1.2 病位归属合理性 我们也认为将急性胰腺炎的病位归于“脾”的范畴比较合理。从西医的角度讲胰腺有内分泌、外分泌的功能,其分泌的消化酶有帮助消化的作用,中医的“脾”有“升清降浊”、“运化水谷精微”的作用,因此我们认为将胰腺定位为“脾”能比较准确体现胰腺的生理功能。

2 急性胰腺炎的病因病机

现代医家将急性胰腺炎的病因病机归结为阳明腑

实、瘀热互结,肝气不疏、肝郁气滞,肝胆湿热、蕴结中焦,湿热困脾、热毒互结等,这种对病因病机的认识是结合了疾病发展不同时期的证候特点^[1-2]。

2.1 阳明腑实、瘀热互结 过食辛辣温燥之品,化热生火,或情志不遂,气郁化火犯胃,或邪热壅盛,汗出过多;或误用发汗,津液外泄,致使肠中干燥,阳明腑实。“六腑以通为用,以降为和”,腑气不通则实热之邪内积,气滞不行。邪热炽盛,闭阻不通,络阻血瘀,热毒血瘀互结,而致腹部胀满疼痛。

2.2 肝胆湿热、蕴结中焦 “土得木而达”,肝的疏泄功能与脾的升清、胃的降浊是否协调密切相关;反之,若因感受湿热之邪,或脾虚水湿内生,日久化热,或长期过食肥甘厚味,生湿助热,土壅侮木,则影响肝胆正常功能。湿、热结聚不散则酿生热毒,热毒炽盛又易导致血热妄行而致血瘀,热毒血瘀互结,肉腐血败成脓,发为心腹胸脘疼痛之症状。

2.3 肝气不疏、肝郁气滞 “肝为刚脏,喜条达而恶抑郁,在志为怒”,由于情志不调,导致气机不畅,肝气郁结,而成肝郁气滞的证候。“气为血之帅”,若气滞则血液运行无力,瘀滞脉内,阻塞经络,气郁日久化火,伏火郁蒸血液,而致瘀阻内停,最终导致热毒血瘀互结而发为“腹痛”之病。

2.4 湿热困脾、热毒互结 “脾主运化、主升清”,脾脏常因感受湿热之邪,或过食辛辣肥甘,酿成湿热,内蕴脾胃,或因过度思虑所致情绪郁闷,心境低落,气机郁滞。由此导致脾失健运,内生湿热;湿郁日久则化热,湿、热结聚不散则酿生热毒;热毒炽盛又易导致血热妄行而致血瘀,由此而发为脘腹疼痛之症状。

3 急性胰腺炎的中医治疗

3.1 辨证求因,审因论治 通腑泻下法辨证化裁 通腑

* 基金项目:国家自然科学基金青年基金(81302929);上海市教委科研创新项目(14YZ065);上海市杏林新星计划(ZYSN XD011-RC-XLXX-20130019)

△通信作者(电子邮箱:zhushengliang999@163.com)

泻下法是临床中最常用的治疗方法,也是经现代科学研究证实的方法。常用的遵循通腑泻下法的方剂有大承气汤、大柴胡汤、柴芩承气汤^[3-4]。急性胰腺炎的患者常表现为腹胀、腹痛、大便秘结不通、发热、黄疸等表现,通过通腑泄浊复方使用,可以使大便得通,腑气得降,腹胀缓解,体温降低,黄疸减轻,其作用机理主要是通过松弛胆道口括约肌,缓解肠道痉挛,抑制菌群移位,抑制炎症因子而起到作用。清热解毒法辨证化裁,急性胰腺炎的患者常因全身炎症反应综合征而引起级联瀑布反应,从而导致促炎细胞因子和抗炎细胞因子的失衡,进而导致病情加重,表现为持续高热,体温持续大于 38.5℃,口大渴、汗大出、面红目赤、甚则面目青紫、腑气不通。血培养往往并不提示有细菌感染,此时指南并不推荐预防性使用抗生素,结合舌脉,辨证热毒瘀结型为多,治宜清热解毒、泻下存阴。常用经验方或自拟方的基础上,加用红藤、金银花、连翘、焦山栀、蒲公英、紫花地丁、败酱草等以清热解毒药,解热毒炽盛之象。中药药理学研究发现^[5],清热解毒药对多种细菌及其他病原微生物均具有一定的抑制作用,能增强免疫功能,既对急性胰腺炎时的胰腺外分泌及多种消化酶活性有抑制作用,又能抑制炎症过程,防止休克、继发感染等并发症,从而对胰腺有良好的保护作用。血瘀证患者表现为表现为痛有定处,口渴不欲饮,肌肤甲错,临床中甚至可见 Grey Turner 征和 Cullen 征,此时多按瘀血阻滞辨证,在治疗上使用活血化瘀的方法,往往取得良好的疗效。

活血化瘀治疗,常用方剂为桃核承气汤,也有自拟方中加用丹参、桃仁、红花等活血化瘀,均取得了很好的疗效^[6]。现代药理研究表明,活血化瘀药物能改善胰腺微循环,降低血液黏稠度,改善胰腺局部血供,纠正胰腺组织缺血,防止胰腺坏死。疏肝利胆法辨证化裁临证中诸多急性胰腺炎的患者表现为脘腹胀满,腑气不通,喜叹息,易怒烦躁,结合舌脉,往往这类患者常伴有胆囊或胆管疾病,可以辨证为肝郁气滞、胆失疏泄。此时采用疏肝利胆的方法,效果较好。常用大柴胡汤、柴芩承气汤等辨证加减^[7-8],或在经验方、自拟方的基础上加柴胡、郁金、焦山栀、金钱草、海金沙等。研究表明,疏肝利胆法可以松弛胆道口括约肌,从而促进胆汁排泄,胰液的排泄,有效缓解胰管的压力,改善黄疸症状。

3.2 单方验方,辨证化裁 目前最常用的中药单方是大黄和丹参。大黄的主要作用是松弛胆道口括约肌,减轻胰管的压力;抑制胰蛋白酶、脂肪酶的分泌;抑制肠道菌群的移位,促进内毒素的排泄;促进胃肠动力,改善及消除肠道麻痹状态等作用^[9]。大黄常用剂量为 15 g,鼻饲,每日 2 次,每次 150 mL。丹参的主要作用是改善胰腺微循环,提高胰腺灌注,清除氧自由基,抗脂

质过氧化物损伤,抑制炎症介质,减少免疫损伤等作用^[10-11]。验方是指针对疾病的不同病因,结合医家自己的临床经验并验证有效的药方。最为有名的是天津南开医院吴咸中院士所创清胰汤[柴胡 15 g,白芍 15 g,生大黄 15 g(后下),黄芩 9 g,胡黄连 9 g,木香 9 g,延胡索 9 g,芒硝 9 g(冲服)],以清胰汤及辨证化裁方在临床及研究中均取得了很大的成就。

3.3 分期不同,辨证施治 目前很多学者根据急性胰腺炎的病情演变的特征将其进行分期,结合辨证论治取得很好的效果,最常见的分期治疗分为 3 期,即初期(早期),进展期(发展期)及恢复期^[12-13]。初期多有痛势急剧,痛时拒按的表现。腹痛以“不通则痛”为机理,六腑以通为顺,以降为和,所以在审因论治的基础上,结合通法,使病因得除,腑气得通,腹痛自止。主要治则为通腑泻下,以荡涤肠胃实热,阻止阳明腑实证发展至火毒炽盛、气血逆乱之危候。进展期病机多为气、湿、热结聚不散,易于酿生热毒,形成血瘀。进一步发展为热毒炽盛,瘀热内结,气滞血瘀,或瘀热相搏,肉腐为脓;或上迫于肺;或热伤血络,而成气血逆乱之像。治则主要以清热解毒、活血化瘀为主,辅以通里攻下。此法可以有效预防和治疗急性胰腺炎继发的各种感染,改善坏死区局部微循环。疾病恢复期湿热毒邪,迁延日久,渐至脾肾阳虚,阴液亏损,气血不足。治疗原则主要为温补脾肾,滋阴养血,扶正祛邪。

3.4 中西结合,增效缩期 《中国 2013 急性胰腺炎诊治指南》中重申了中医药对急性胰腺炎的重要作用。目前临床上最常见的方法是在西医抑制胰酶分泌和活化、液体复苏、应用抗生素等常规治疗的基础上,加用大黄、清胰汤、大承气汤等辨证化裁方剂,起到了很好的通腑泻下,改善腹痛症状、降低体温、消除黄疸、缩短疗程的作用^[14-15]。

3.5 途径多样,立体治疗 中医的特点和优势是辨证论治,即针对不同患者的不同的证而给予不同的治疗方案,同时在中医诊治过程中还有中药灌肠、针灸、外敷 3 个西医所不具备的优势治疗方法。正是这种针对性极强、立体化、个体化的治疗方案取得了良好的临床疗效和业内对中医药治疗胰腺炎作用的广泛共识。灌肠对急性胰腺炎并发腹腔压力增高,甚至腹腔间隔室综合征患者可明显降低腹腔压力及降低由腹压增高所引起的呼吸窘迫、肾功能不全症状;对大便不通、腹胀明显者,可有效防止肠功能衰竭及细菌移位,提高临床疗效,减少并发症,降低死亡率^[16]。最常用中药为生大黄 15 g,直肠内滴注,每日 2 次。其他常用灌肠药物有芒硝、甘遂、丹参、牡丹皮、赤芍、栀子、柴胡、黄芩等。

针灸对于疼痛的缓解作用非常明确,急性胰腺炎的患者主要症状是中上腹疼痛,适当使用针灸手法,不仅会缓解患者的疼痛,反而会有松弛胆道口括约肌的

功能,从而缓解胰腺炎的进程^[17-18]。常用穴位为脾俞、胃俞、中脘等,一般采用强刺激,也可电刺激。临床尚可酌情选取公孙、神阙、天枢、合谷、章门、气海、内庭、阳陵泉、期门、血海、膈俞、太冲、膻中等穴,以增强疗效。

外敷也是非常重要的治疗手段,最常用的中药是芒硝,常用 500 g 芒硝包裹好敷于中上腹,每 2 日一换。芒硝外敷具有清热泻下,消肿软坚之功,能促进胰酶性腹水和积液吸收,减少炎症因子吸收、降低腹压;利于肠蠕动恢复,减轻肠道内压,减轻结肠的扩张、麻痹,减轻胰管的压力,减轻腹内炎症及肠壁水肿,从而减少肠间脓肿和胰腺囊肿的发生率,缩短腹胀持续时间^[19]。

《中国 2013 急性胰腺炎指南》指出轻度急性胰腺炎患者只需短期禁食,不需肠内或肠外营养;中度或重度急性胰腺炎患者常先施行肠外营养,待患者胃肠动力能够耐受,及早(发病 48 h 内)实施肠内营养。这与中医“禁食不禁药”的治疗理念相契合。现代医学表明,胃肠道不仅是消化器官,更是重要的免疫屏障,消化道功能的恢复对患者机体功能的重建和恢复至关重要。而中医对急性胰腺炎的治疗至始至终是“禁食不禁药”,通过通腑泻下、清热解毒、活血化瘀、疏肝理气等方法以“推陈致新、荡涤肠胃、安和五脏”,可以起到清除氧自由基、改善微循环、松弛胆道口括约肌、降低细胞因子水平等的综合作用^[20]。

4 总 结

急性胰腺炎的治疗,西医和中医各有优势,西医的液体复苏、抑制胰酶分泌和活化、内镜治疗等优势明显,中医的辨证论治、分期论治、个体化、立体化等方法丰富了急性胰腺炎的治疗方案,为急性胰腺炎的治疗提供了更全面的途径。

参 考 文 献

- [1] 徐鼎,崔乃强,崔云峰. 急性胰腺炎中医研究近况[J]. 中国中医急症, 2010, 19(5): 836-837.
- [2] 周秉舵,朱生樑,王晓素,等. 清下解胰方治疗重症急性胰腺炎机制探讨[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(1): 220-221.
- [3] 王晓瑜,张国华,苏振政. 大承气汤对急性胰腺炎患者 SOD 水平影响的研究[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2014, 22(5): 275-276.
- [4] 王先坤,李培武,晏波,等. 生长抑素联合加味大黄承气汤治疗重症急性胰腺炎[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(13): 224-227.
- [5] 李伟冬,贾林,马军,等. 清胰活血汤对急性坏死性胰腺炎并多器官功能不全大鼠腹腔内压的影响[J]. 中华胰腺病杂志, 2012, 12(2): 131-132.
- [6] 刘朝国. 活血化瘀论治急性胰腺炎[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(18): 2178-2179.
- [7] 朱颖玲,傅长来,唐光华,等. 鼻饲加味柴芍承气汤治疗急性胰腺炎 40 例[J]. 南京中医药大学学报, 2014, 30(4): 329-331.
- [8] 刘丽萍. 大柴胡汤加减治疗急性胰腺炎疗效观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(3): 448-449.
- [9] 李鑫,韩奕,杜施霖. 大黄治疗重症急性胰腺炎的机制与作用研究进展[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2014, 21(2): 141-143.
- [10] 石亮亮,刘明东,朱浩,等. 丹参酮 A 磺酸钠对急性坏死性胰腺炎大鼠肺损伤的抗炎作用及其机制研究[J]. 胃肠病学, 2014, 19(6): 332-335.
- [11] Zhang XP, Li ZJ, Liu DR. Progress in research into the mechanism of radix salviae miltiorrhizae in treatment of acute pancreatitis[J]. Hepatobiliary Pancreat Dis Int, 2006, 5(4): 501-504.
- [12] 熊旭东. 重症急性胰腺炎中医分期辨证序贯治疗[J]. 中国中医急症, 2007, 16(11): 1397-1398.
- [13] 梁珂. 重症急性胰腺炎的中医药分期论治概况[J]. 上海中医药杂志, 2004, 38(8): 63-65.
- [14] 屈坤鹏,司若湟,杨晓军,等. 中药清胰汤治疗重症急性胰腺炎的疗效观察[J]. 兰州大学学报:医学版, 2012, 38(4): 43-46.
- [15] 李公星. 中西医结合治疗急性胰腺炎 26 例[J]. 中医杂志, 2013, 26(7): 38-40.
- [16] 张晓. 胰瘘方内服和灌肠对重症胰腺炎肠黏膜屏障功能的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(16): 187-191.
- [17] 张荣荣,郭徽,朱世峰,等. 针刺治疗急性胰腺炎的作用及其机制探讨[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(4): 68-70.
- [18] 范明,袁琳,钟毅,等. 针药结合治疗急性胰腺炎临床观察[J]. 新中医, 2011, 43(3): 111-113.
- [19] 王巧瑜. 芒硝外敷联合生长抑素在治疗急性胰腺炎中的应用[J]. 广东医药, 2014, 35(10): 1567-1568.
- [20] 周秉舵,王晓素,方盛泉,等. 清下解胰方对重症胰腺炎大鼠 TLR4/NF- κ B 信号通路的影响[J]. 北京中医药大学学报, 2012, 35(12): 830-834.

(收稿日期 2014-10-16)

欢迎投稿·欢迎订阅

脑梗死急性期的中医辨证要素及证候分布规律研究

李志君¹ 邵宏敏¹ 张东东² 訾会兰³ 张玉刚⁴ 张元元⁵

(1.河北省唐山市丰润区人民医院,河北 唐山 064000;2.河北省唐山市开滦职业病防治院,河北 唐山 064000;3.河北省唐山市医疗保险事业局,河北 唐山 064000;4.河北省唐山市丰润区中医医院,河北 唐山 064000;5.河北省唐山市工人医院,河北 唐山 064000)

中图分类号:R743.9 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)01-0102-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.036

【摘要】目的 探讨脑梗死急性期的中医辨证要素及证候分布规律。**方法** 对 108 例脑梗死急性期患者的中医基本辨证要素及证候分布规律进行回顾性研究。**结果** 中医基本辨证要素中病性证素分布呈痰浊>血瘀>热盛>气虚>阳虚>气滞>阴虚>血虚的趋势;病位证素分布呈神(脑)>心>脾>肾>大肠>肝的趋势。证型分布中实证呈现痰热瘀滞证>痰瘀互阻证>热盛血瘀证>里实热结证的趋势;虚实夹杂证呈痰热炽盛,气阴耗伤证>气虚血瘀证>气虚痰阻证的趋势;虚证呈阳气亏虚证>血虚证、气阴两虚证的趋势。**结论** 脑梗死急性期中医病性证素是痰浊、血瘀、热盛、气虚等;病位证素是神(脑)、心、脾、肾等;证候分布是痰热瘀滞证、痰瘀互阻证、热盛血瘀证等。

【关键词】 脑梗死急性期 辨证要素 证候分布

脑梗死是指各种原因所致脑部血液供应障碍,导致脑组织缺血、缺氧性坏死,出现相应神经功能缺损。脑梗死是脑血管疾病(CVD)最常见的类型,约占全部 CVD 的 70%。本病病死率约 10%,致残率达 50%以上,存活者中 40%以上可复发,且复发次数越多病死率和致残率越高^[1]。因此,在脑梗死急性期尽早给予积极有效的综合治疗措施,对于降低病死率、致残率、复发率具有重要意义。为充分发挥中医药在脑梗死急性期的治疗作用,首先应遵循中医辨证论治的原则,辨证是核心,探寻脑梗死的证候分布及优势证候,然后根据优势证候筛选切实有效的中药方剂。因此笔者进行了脑梗死急性期的中医基本辨证要素及证候分布规律研究。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:符合《各类脑血管疾病诊断要点》^[2];年龄≥18 岁。排除标准:妊娠或哺乳期妇女;参加其他药物临床试验者。

1.2 临床资料 选取 2011 年 10 月至 2013 年 2 月就诊于唐山市丰润区人民医院神经内二科的 108 例患者,所选病例均符合脑梗死诊断标准。其中男性 65 例,女性 43 例,年龄(77.52±4.35)岁,GCS 评分(6.82±3.37)分。

1.3 研究方法 将朱文锋教授的《常见症状的计量辨证》^[3-9]中的 600 个常见症状与脑梗死患者急性期的临

床表现及辅助检查结果相结合,按照望、闻、问、切等四诊内容和现代医学理化指标等表现进行分类,制定病例观察表,然后根据相应的临床资料填写病例观察表,最后根据《常见症状的计量辨证》的计分方法来确定中医辨证要素、证候类型及优势证候。

1.4 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计学软件。本研究采用率(%)进行统计分析。因同 1 例患者可以出现多种病性、病位证素,故以“例次”为单位进行统计。采用频率统计法。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 病性证素分布规律 见表 1。108 例脑梗死急性期患者中病性证素以痰浊、血瘀、热盛较为常见,气虚、阳虚次之,阴虚、血虚所占比例较少。

表 1 脑梗死急性期病性证素分布规律 $n(\%)$

病性证素	痰浊	血瘀	热盛	气虚	阳虚	气滞	阴虚	血虚
108 例	77(71.3)	75(69.4)	69(63.9)	19(17.6)	15(13.9)	13(12.0)	9(8.3)	5(4.6)
282 例次	77(27.3)	75(26.6)	69(24.5)	19(6.7)	15(5.3)	13(4.6)	9(3.2)	5(1.8)

2.2 病位证素分布规律 见表 2。108 例脑梗死急性期患者中病位证素以神(脑)最为常见,心次之,而肝最为少见。

2.3 病性分布规律 108 例脑梗死急性期患者中以实证为主(77 例,71.3%),其次为虚实夹杂证(21 例,19.4%),最后为虚证(10 例,9.3%)。

表 2 脑梗死急性期病位证素分布规律 n(%)

病位证素	神(脑)	心	脾	肾	大肠	肝
108 例	95(88.0)	51(47.2)	33(30.6)	25(23.1)	11(10.2)	4(3.7)
219 例次	95(43.4)	51(23.3)	33(15.1)	25(11.4)	11(5.0)	4(1.8)

2.4 实证证候分布规律 见表 3。实证证候中痰热瘀滞证最为常见,痰瘀互阻证次之,气滞血瘀证最为少见。

表 3 脑梗死急性期实证证候分布规律

项 目	痰热瘀滞证	痰瘀互阻证	热盛血瘀证	里实热结证	痰浊阻滞证	气滞血瘀证
n	31	22	11	8	3	2
百分比(%)	28.7	20.4	10.2	7.4	2.8	1.9

2.5 虚实夹杂证证候分布规律 见表 4。虚实夹杂证主要见于痰热炽盛,阴液耗伤证;其次为气虚血瘀证;而邪热炽盛,气阴两伤证最为少见。

表 4 脑梗死急性期虚实夹杂证证候分布规律

项 目	痰热炽盛,气阴耗伤证	气虚血瘀证	气虚痰阻证	热盛血虚证	邪热炽盛,气阴两伤证
n	7	6	5	2	1
百分比(%)	6.5	5.6	4.6	1.9	0.9

2.6 虚证证候分布规律 阳气亏虚证 6 例(5.6%),血虚证及气阴两虚证各 2 例(1.9%)。

3 讨 论

脑梗死是脑血管系统最为常见的疾病类型,属于常见病、多发病,严重威胁着人们的健康。脑梗死后出现的局限性神经功能缺损征象,与梗死的部位、受损区侧支循环、参与供血的动脉变异以及既往脑细胞损失情况密切相关^[1]。现代医学不断探索此类疾病的治疗方法,包括手术和常规保守治疗方法。随着中医药的发展与进步,人民认识程度的深入,中医药在医学界发挥着不可替代的作用。为提高中医药治疗脑梗死的临床疗效,首先需明确脑梗死急性期的基本辨证要素、证候分布及优势证候,以针对优势证候选取切实有效的方药。

本研究中医辨证要素中病性证素分布以痰浊、血瘀、热盛为主,其余各病性证素所占比例较小,分布相对均匀。病性证素以痰浊、血瘀、热盛为主。痰为阴邪,易伤人体阳气,以致清阳不展,阻碍气血的正常运行,气血运行不畅而瘀血由此变生,痰凝则血瘀,郁热内盛,迫血妄行,溢于脉外,则可出现神昏失语、活动不利

等中风表现。《杂病源流犀烛》中记载“痰之为物,流动不测,故其为害,上至巅顶,下至涌泉,随气升降,周身内外皆到,五脏六腑具有”。现代医学中淋巴结核,脑血管意外后遗症,精神病等,从中医之证而言,多是先有痰而后有瘀的。古人有“百病皆由痰作祟”之说,“痰夹瘀血,遂成窠囊”,“瘀血既久,化为痰水”,充分表明痰瘀相关,二者郁滞则内热盛。本研究病性证素以痰浊、血瘀、热盛为主的研究结果,与之相符。病位证素分布以神(脑)为主,考虑与以下两方面有关:其一,脑为元神之府,凡涉及神志疾病必与脑相关;其二,本研究对象为脑梗死急性期患者,病变部位明确在神(脑),其病位证素以神(脑)为主可能与之存在相关性。证候分布以实证为主,主要在于患病急性期,痰、热、瘀并存,邪气盛实。

本研究将《常见症状的计量辨证》^[3-9]与脑梗死急性期患者的临床表现相结合,制定病例观察表进行回顾性研究,经过对患者临床医学信息的收集与整理,初步得出了脑梗死急性期的中医辨证要素及证候分布规律。脑梗死急性期的病性证素以痰浊、血瘀、热盛为主,病位证素以神(脑)为主,证候以实证为主,优势证候为痰热瘀滞证。本研究存在样本量偏少的局限性,可能存在偏倚。在明晰证素、证候分布规律及优势证候后,将制定治则治法,筛选有效方剂,以指导临床。

参 考 文 献

- [1] 贾建平. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:175-183.
- [2] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点(1995)[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [3] 朱文峰. 常见症状的计量辨证[J]. 辽宁中医杂志,2000,27(6):243.
- [4] 朱文峰. 常见症状的计量辨证[J]. 辽宁中医杂志,2000,27(7):291-292.
- [5] 朱文峰. 常见症状的计量辨证[J]. 辽宁中医杂志,2000,27(8):342-343.
- [6] 朱文峰. 常见症状的计量辨证[J]. 辽宁中医杂志,2000,27(9):389-390.
- [7] 朱文峰. 常见症状的计量辨证[J]. 辽宁中医杂志,2000,27(10):440-441.
- [8] 朱文峰. 常见症状的计量辨证[J]. 辽宁中医杂志,2000,27(11):487-488.
- [9] 朱文峰. 常见症状的计量辨证[J]. 辽宁中医杂志,2000,27(12):535.

(收稿日期 2014-08-08)

膝关节滑膜炎阳气不足阴湿内蕴证治疗体会

罗士义 陈世龙 张丙超 王 鹏

(河北省承德县中医院, 河北 承德 067400)

中图分类号: R686.7 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0104-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.037

【关键词】 中医治疗 阳气不足阴湿内盛 膝关节滑膜炎

膝关节滑膜炎为临床多发性疾病,常表现为疼痛,关节腔积液等。此病会造成患者暂时或长期部分劳动力丧失,危害较大。目前虽然有多种治疗方法,但仍有少数患者难以完全控制。针对关节积液现代医学治疗一般采取抽液、局部使用激素、加压包扎等方法。若炎症没有彻底消除,积液会越来越多,病情容易转化为慢性。该病属于中医“痹证”、“鹤膝风”、“伤筋”等范畴。笔者经过长期临床实践体会到阳气不足阴湿内蕴证较多见,现结合这一证型谈谈笔者治疗体会。

1 病因病机

1.1 阳气不足 (1)脾阳不足,饮食不节为重要发病因素。当前因生活水平提高,肥甘厚味辛辣,炙烤不断,加之大量的冰镇饮料,生冷瓜果,寒凉害脾,造成脾阳不足。《灵枢·本神》中提到脾气虚则四肢不用,《外科正宗》亦云:足太阴之气不足,风邪乘之,两膝作痛,久则膝愈大而腿愈细,因名曰鹤膝风,有业者认为认为脾阳不足的结果一为不温,一为不运^[1]。笔者认为不温则,寒邪凝滞,不运则气血不通故当病关节屈伸不利,疼痛僵硬。(2)肝阳不足,临床上常常被忽视,以脾肾阳虚所代替,忽视了肝阳虚的重要性,《内经·四时刺逆从论》云“厥阴有余则病阴痹”。清·王士宗注云“厥阴有余则阳气不足,故病阴痹”。北宋《圣惠方》曰“肝虚则生寒,寒则苦胁下坚胀……关节不利,筋脉挛缩,爪甲干枯”。《西溪书屋夜话录》中列出了治疗肝阳不足的具体药物“一法曰:补肝阳,肉桂、川椒、苡蓉”。笔者认为肝者主一身之筋脉,肝阳不足,使筋脉失养,膝又为筋之府,夫筋病必损其府,故肝阳不足亦导致膝关节病变。有学者认为“肝主筋,其华在爪,肝阳虚,则肝筋失养,则人动作迟缓,不耐劳作,膝胫酸软,不为休息所减”^[2]。(3)肾阳不足肾者五脏六腑之大元,先天之本,主骨生髓,阳气虚则大骨尽颓,百筋不牢,《内经生气通天论》篇曰“肾气伤高骨乃坏”,《内经知要》载“肾之合,骨也,故充在骨,肾虚则阳气不充,营卫凝泣”。肢体挛《医精经义》曰“肾藏精,精生髓,髓生骨,故骨者肾之所含也”。由此

可见肾阳虚是骨关节病的重要原因之一。(4)阳气不足,《阴阳应象大论》篇曰“阳化气”,《内经知要》说“夫气为阳,气虚则阳虚”。笔者认为,本病机的侧重点应该放在气上,阳气虚的实质是气虚,通过补气的方法往往可以很好地改善阳虚的症状,从而很好地治疗膝关节滑膜炎。

1.2 阴湿内蕴 伴随生活节奏加快,饮食、休息、毫无规律,精神压力大,导致身心疲惫,五脏难安,先贤有云:劳倦伤脾,脾伤则湿气不得化,在加上贪食生冷故阴湿生于内,侵附关节,《内经》云“风寒湿三气杂至,合而为痹也”。脾肾亏虚,清阳不升,浊阴不降,清浊相干,水湿停驻湿浊内蕴累及关节;肺、肝与三焦气机失调,肺失宣降,则全身水液不能不散,经云“水湿趋下”,所以肺失宣降也引起下肢浮肿,关节积液,肝主疏泄,疏泄失调则气机郁结,气滞则水停,形成湿浊,三焦者通调水道,条畅阴阳,其不畅则湿不得气化,留滞下焦,以侵袭关节;外感寒湿,久居阴冷,或工作,生活中不能保暖,节制,使寒湿之邪侵袭入里,日久内蕴脏腑、肢节,疼痛迁延难愈。

2 治疗

2.1 应用补阳泻阴法

2.1.1 补脾阳泻痰湿坚肉法 笔者在临床实践中发现有一类膝关节滑膜炎患者体弱肉松,外表肥盈,痰湿内盛,肌肉松弛不能束缚骨骼,关节经常脱位不耐久劳,大便溏稀,短气痰多,《难经》脾病者体重节痛,怠惰嗜卧,四肢不收。业者认为劳累过度,饮食不节,日久则脾胃受损,脾虚失运,湿邪内聚,流注关节,郁久化痰,痰湿阻络,致使脉络不通,而造成本病^[3],笔者通过大量临床实践创立补阳泻阴汤:生黄芪 20 g,党参 15 g,白术 15 g,升麻 15 g,防己 6 g,仙茅 10 g,巴戟天 12 g,薏苡仁 30 g,泽泻 12 g,泽兰 12 g,白茅根 30 g。治疗本证型加白扁豆、白豆蔻、云苓、砂仁健脾利湿;加半夏、白芥子、胆南星化痰除湿疗效显著。周淳等^[4]应用逐痰清营汤对本病进行治疗亦取得良效,可见脾虚痰湿应是

本病主要病因之一。

2.1.2 补肝阳泻风湿柔筋 肝阳衰则面带青色,趾指甲枯淡,胁下坚胀,或筋寒挛缩,关节冷痛,肝阳虚下肢关节更易受风湿侵扰,骨衰筋僵,《黄帝内经》云“肝气衰则筋不能动”,北宋《圣惠方》曰“肝虚则生寒,寒则苦胁下坚胀……关节不利,筋脉挛缩,爪甲干枯”。有业者认为肝主筋而利关节,“肝主身之筋膜”若肝阳虚则筋无所主,关节不利,宗筋失用;或筋膜卷缩,拘急疼痛。《蒲辅周医疗经验》中提到肝阳虚则筋无力^[5],笔者在治疗本证型时应用补阳泻阴汤基础上加入草乌、鹿角胶补肝阳,加入穿山龙、青风藤、海风藤、木瓜等祛风湿,临床疗效明显。

2.1.3 补肾阳泻寒湿壮骨 肾阳者一身阳气之根也,《内经·生气通天论》中的“阳气者,若天与日,失其所,则折寿而不彰”。肾者主骨而生髓,肾阳一衰则骨败筋弱,人之所生长,发育全依赖此阳,五脏阳气皆为其所养,故肾本脏阳气足则骨健,肾养肝则筋荣,养脾则皮肉坚固,养气则骨正筋柔,关节滑利,所以补肾阳可以从根本上解决骨关节病变。有业者等应用右归丸治疗肾阳虚型膝关节炎取得很大成功,也从侧面证实了此观点^[6],笔者应用不阳泻阴汤基础上加入炙附子,肉桂补益肾阳应用乌蛇、蜈蚣、姜黄、草拨、菟丝子等泻寒湿壮骨,取得良好的临床反映。

2.1.4 补阳气泻水湿 笔者在长期的临床实践中发现通过补气的手段可治疗骨骼关节疾病,从而把气与骨的关系引入新的议题。(1)气为人体的内在支撑,人之有形体,运动全靠气作为支撑。张锡纯《医学衷中参西录》中专设大气下陷 1 篇,其中一妇人案,年三十余。得下痿证,两腿痿废,不能屈伸,诊其脉细如丝,右手尤甚,此为大气下陷,张氏案语:人之大气虽在胸中,实能统摄全身,今因大气下陷,全身无所统摄,肢体遂有废而不举之处,此两腿之所以痿废也。(2)气是推动血及津液运行的动力,血液等营养物质只有在气的推动下方能营养四肢百骸,笔者认为气本身就具备营养作用,营养物质在阳气的温煦作用下,可以直接化生为精气,所以对关节肢体,有良好的温养作用。(3)气的固摄作用,气具有强大的固摄作用,它让关节牢固,“骨正才能筋柔”,因此说气虚是关节病变的重要因素,与此同时阳气虚弱,水湿不能蒸腾,水性趋下流注关节,故利水,泻水必然成为治疗本证的重要方案,笔者创立补阳泻阴汤本义亦在于此,若膝关节双下肢水肿严重可以加入蜈蚣、蟋蟀等直折水湿,谢克强等^[7]根据《至真要大论》“损者温之”采取益气温阳利水消肿之法来治疗本病,取得成功,亦有力证实补阳泻阴法的科学性。

2.2 调养休息 (1)节制饮食。饮食失节为阴湿内蕴的重要因素,因此治疗本病必须由此入手,一方面纠正不良的饮食习惯,少吃肥甘厚味,辛辣,冰镇饮料等,尤

其节制饮酒,由此湿邪不生而易化,阳气易复,(2)保持起居有节。养成良好的作息习惯,淡薄名利,保养精神,房劳适度最大限度的减少精气消耗,如此肾阳易复。(3)减少运动量。尤其是久站、久立、长期行走、负重劳累等,如果锻炼可以在床上进行,避免连续上下楼等活动,膝关节滑膜炎急性期必须减少其活动以免进一步损伤关节。(4)肥胖患者必须降低体质量,膝关节之人体重要的运动支点,哪怕减少 1 kg 的体质量都有利于其恢复,痊愈。以上几点再加之汤药治疗才能取得良好疗效,另外调动患者的治疗积极性,令患者从内心积极配合治疗内经《本神》曰“凡刺之法,先必本于神,意义在于得神则气至,气至则药至,《景岳全书发挥》曰“令病者安舒静卧,以养阳气来复,此皆通理也”。

3 病案举例

患某,女性,64 岁。患者 10 年前因受凉后出现双膝关节酸痛,部位双侧髌骨下缘以酸为主,左侧重于右侧,因不影响正常生活,未治疗。1 个月前晨起锻炼身体时又出现全身乏力、气短、畏寒怕冷,双下肢水肿,双膝关节疼痛加重,肿胀,以髌骨下缘及膝关节内侧症状为重,腘窝正中酸痛,小腿酸沉,左重于右,并伴左足跟痛,以下楼重,不能下蹲。坐无不适,坐位站起过程中疼痛,须扶物,双下肢伸时间久后屈曲困难,专科检查:双膝髌骨下脂肪垫明显压痛,研磨实验阳性,过伸实验阳性,浮髌试验阳性。X 线显示:双侧髌骨上下缘、髌间隆起均有不同程度骨质增生,左胫骨内侧髌骨骨质增生,左侧膝关节内侧间隙变窄,右膝关节间隙尚可。舌质淡,苔白滑,脉沉紧。证见全身乏力、气短,双膝关节周围酸痛,以髌骨下缘及膝关节内侧症状为重,小腿酸沉,并伴左足跟痛,行走及站立即痛,跛行,上下楼均痛,跟步,扶物,以下楼重,不能下蹲。双下肢伸时间久后屈曲困难,屈时间久后伸直困难,双下肢水肿,浮髌试验阳性,畏寒怕冷。查其舌质淡,苔白滑,脉沉紧。结合西医检查诊断为双膝增生性关节炎。此为阳气不足,水湿过盛。法当补阳泻阴,散寒止痛。方以补阳泻阴汤加减。处方:生黄芪 20 g,党参 15 g,白术 15 g,升麻 15 g,防己 6 g,仙茅 10 g,巴戟天 12 g,薏苡仁 30 g,泽泻 12 g,泽兰 12 g,白茅根 30 g,青风藤 20 g,海风藤 20 g,千年健 15 g,地枫 15 g。每日 1 剂,水煎服分 3 次口服。忌生冷,油腻,辛辣。二诊患者诉服上药后,左膝关节疼痛明显减轻,右膝关节疼痛消失,行走 2~3 km 无症状,上楼疼痛缓解,下楼时左髌骨内上稍痛,不须扶物,蹲位时左膝关节内上稍痛,小腿抽筋现象缓解,晨僵缓解,双膝关节活动灵活,患者诉胃脘部不适,饮食较差。处方:生黄芪 20 g,党参 15 g,白术 15 g,升麻 15 g,防己 6 g,仙茅 10 g,巴戟天 12 g,薏苡仁 30 g,泽泻 12 g,泽兰 12 g,白茅根 30 g,青风藤 20 g,海风藤 20 g,千年健

15 g, 地枫 15 g, 砂仁 9 g, 木香 6 g, 神曲 10 g, 甘松 6 g。每日 1 剂, 水煎服分 3 次口服。忌生冷, 油腻, 辛辣。三诊(2007 年 4 月 5 日)患者复诊诉住宿症状基本消失, 饮食如常。关节活动均达到正常度数(关节活动度: 左侧屈: 130°, 伸: 0°。右侧屈: 140°, 伸 0°)而无不适。患者满意要求巩固, 效不更方, 将上方去甘松。处方: 生黄芪 20 g, 党参 15 g, 白术 15 g, 升麻 15 g, 防己 6 g, 仙茅 10 g, 巴戟天 12 g, 薏苡仁 30 g, 泽泻 12 g, 泽兰 12 g, 白茅根 30 g, 青风藤 20 g, 海风藤 20 g, 千年健 15 g, 地枫 15 g, 砂仁 9 g, 木香 6 g, 神曲 10 g。每日 1 剂, 水煎服分 3 次口服。忌生冷, 油腻, 辛辣。随诊 3 个月, 无复发, 患者痊愈。

4 讨论

中医药治疗膝关节滑膜炎的方法、方案日益受到重视, 在传统的治疗领域应用补肾祛风湿的手段取得了很大的成效, 笔者在长期临床实践中发现阳气不足阴湿内蕴为本病的重要病机, 认为本病为本虚标实, 所谓本虚是指脾阳虚、肝阳虚、肾阳虚、阳气虚, 标实是指阴湿内蕴。笔者认为阴湿既有来自饮食不调阳气虚衰的内湿, 亦有外感寒湿久而入里的外湿。笔者根据患者不同的临床表现将阴湿辨证分类。(1)患者素体肥胖, 脾虚痰多, 大便溏泻、乏力、膝关节疼痛日久, 迁延难愈, 认为此为痰湿证, 本证治疗上可以在补阳泻阴汤基础上加入胆南星、半夏、陈皮等化痰祛湿之药。(2)患者出现疼痛游走不定, 走窜, 重着, 晨起伴有关节僵硬者归属为风湿证, 本证治疗上应该加入萆薢、乌蛇、穿山龙等药。(3)患者素体瘦弱, 平时畏寒肢冷, 关节疼痛遇寒加重, 得暖缓解, 疼痛剧烈重浊者, 此为寒湿证, 本证患者治疗上可以加入肉桂、制附子、川乌等温阳之品。

(4)患者舌淡脉沉, 双下肢水肿严重, 关节积液短气、重浊、下肢如灌铅此为水湿不化证。治疗本病上笔者采取补益脏腑阳气, 泻利其对应阴湿的方法, 创立补阳泻阴汤, 并开创性的将气虚与骨病联系到一起, 认为津液、营养、血液在脏腑阳气的温煦下, 可以化生精气, 精气可以直接营养骨骼和关节。《杂病源流犀烛》曰“忽然闪挫, 必为气之震, 震则激, 激则雍……气雍在何处则血凝在何处”, 以此说明气滞血必停, 血停则关节失养疼痛成疾; 气有很强的固摄作用, 在气强大的固摄力下关节才不会脱臼, 闪挫。在治疗本病过程中必须注重对患者心理的引导和调节, 急性期必须限制过量运动, 主张饮食, 起居调养, 重视让患者减轻体质量从而减轻膝关节负担, 在内服中药的基础上可以将补阳泻阴汤的配方研磨外敷, 经过临床观察疗效显著。

参考文献

- [1] 谢宇杰, 姜东云, 唐红. 论脾阳虚所致气郁证的表现类型及证治原则[J]. 湖北中医杂志, 2006, 28(7): 17-18.
- [2] 熊卫标, 伍兰萼, 褚键. 肝阳虚辨[J]. 成都中医药大学学报, 2011, 34(4): 10-11.
- [3] 雷波, 刘定安. 从血瘀痰湿论治膝关节骨关节炎 48 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 1999, 5(3): 12-13.
- [4] 周淳, 吴军豪. 逐瘀清营方治疗膝关节滑膜炎临床研究[J]. 上海中医药杂志, 2011, 45(5): 67-69.
- [5] 孙玉信, 高增辉. 肝阳虚临证探微[J]. 中国中医基础学杂志, 2011, 17(5): 581-583.
- [6] 赵文韬, 李帆冰, 王琦, 等. 右归饮治疗肾阳虚型膝关节骨性关节炎 65 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(7): 790.
- [7] 谢克强. 益气温阳利水汤治疗慢性损伤性膝关节滑膜炎 20 例[J]. 四川中医, 1998, 16(5): 46.

(收稿日期 2014-09-25)

欢迎投稿 · 欢迎订阅

蒙医放血疗法对高脂血症模型大鼠脂质代谢的影响

哈斯高娃¹ 阿古拉^{2△}

(1. 北京中医药大学, 北京 100029; 2. 内蒙古医科大学, 内蒙古 呼和浩特 010010)

中图分类号: R285.5 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0107-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.038

【摘要】目的 观测蒙医放血疗法对实验性高脂血症 wistar 大鼠降血脂作用的影响。**方法** 高脂饲料喂养法复制高脂血症大鼠模型,造模成功后,随机分空白组、模型组、放血组、阳性药物(脂必妥)组 4 组;空白对照组以普通饲料喂养,模型组和放血组、脂必妥组以高脂饲料继续喂养,其中放血组开始放血治疗,1 周 1 次,共 2 周;脂必妥组每天脂必妥灌胃给药(0.42 g/kg),空白对照组每日灌胃 0.3% CMC-Na 溶液。**结果** 蒙医放血疗法能有效调节高脂血症 wistar 大鼠血清中的三酰甘油、总胆固醇、低密度脂蛋白、高密度脂蛋白,改善血清超氧化物歧化酶、丙二醛、谷胱甘肽过氧化物酶水平。**结论** 结果表明放血疗法对高脂血症大鼠的脂质代谢和脂质过氧化有良性调节作用。

【关键词】 蒙医放血疗法 高脂血症大鼠 降血脂

高脂血症(HLP)是一种常见而多发的代谢性疾病,是引起心脑血管疾病的重要危险因素,其患病率也逐渐增高^[1]。血脂升高时若不采取有效的降血脂措施,久而久之会引发心脑血管疾病。研究有效的降脂调脂方法对预防动脉硬化、心脑血管疾病具有重要意义。蒙医放血疗法是在人体浅部脉道的指定部位用特制的器械进行放血,借以引出病血(恶血),以治疗和预防疾病的一种传统疗法^[1]。放血疗法主要是引出病血(恶血),疏通脉道,改善气血运行,降低血热,调理体素,达到治病的目的。文献中记载^[2]“放血疗法具有可驱除脉病,下泻病血,止痛,消肿,祛腐生新,根治脓液及黄水,使疮色化浊转鲜,使过胖者减肥,消瘦者健美,滋补强壮驱邪外等优点”。蒙医放血疗法作为一种自然疗法,因其简、便、验、廉等优势在几千年的蒙医传统诊疗中占据着十分重要的地位,且众多的研究也证实放血具有良好的调节体内脂质代谢的作用,放血疗法治疗高脂血症疗效确切,无肝肾损伤等毒副作用,显示出其独特的优势^[3]。本实验现就放血疗法对高脂血症模型大鼠脂质代谢的影响进行观察。

1 材料与方法

1.1 实验动物 40 只 wistar 大鼠,雄性,体质量(200±20) g,由吉林省长春市亿斯实验动物技术有限责任公司提供,动物合格证号为 SCXK(吉)-2011-0004。

1.2 试药与仪器 普通饲料,高脂饲料(配方为 1%胆

固醇、8%猪油、3%蛋黄粉、0.2%胆酸钠、0.2%奶粉,加 87.6%基础饲料),由吉林省长春市亿斯饲料加工厂提供。三酰甘油(TG)试剂盒、总胆固醇(TC)试剂盒、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)试剂盒、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)试剂盒、超氧化物歧化酶(SOD)试剂盒、丙二醛(MDA)试剂盒、谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-Px)试剂盒等由南京建成生物科技有限公司提供。全自动生化分析仪(迈瑞 BS-200)、CU600 型电热恒温水箱、RT-2100C 型酶标仪、LBY-N6COMPA6 全自动血液流变仪、TTL-2C 纯水器、755B 分光光度计、TD25-ws 离心机、匀浆机、电子天平(YP120W)等由内蒙古民族大学蒙医药学院和附属医院药物临床重点实验室提供。

1.3 模型制备 将 40 只大鼠以普通饲料进行适应性饲养 1 周,按体质量编号后随机分为 4 组,每组 10 只,分别为空白对照组、高脂血症模型组、放血组(单纯放血疗法治疗组)、阳性药物对照组(脂必妥组)。空白对照组以普通饲料喂养,其他各组均以高脂饲料饲养。从第 5 周开始,大鼠断尾采血 1 次,检测 TG、TC、HDL-C、LDL-C,并计算动脉粥样硬化指数(AI)进行对比,确定高脂血症模型是否成功。

1.4 干预治疗 第 6 周造模成功后,空白对照组以普通饲料喂养,模型组、放血组和脂必妥组以高脂饲料继续喂养,其中放血组开始放血治疗(第 1 次在大鼠右侧前肢正中动脉处放 0.5~1 mL 血,第 2 次在左侧前肢正中动脉处放 0.5~1 mL 血),1 周 1 次,共两周;脂必妥组每天予脂必妥灌胃给药(0.42 g/kg),空白对照组每

△通信作者(电子邮箱: agula372000@126.com)

天灌胃 0.3% CMC-Na 溶液。

1.5 标本采集与检测 治疗结束后实验动物禁食不禁水 12 h 后,用戊巴比妥钠麻醉,于腹主动脉取血,37℃ 水浴 1 h,3000 r/min 离心 10 min,分离血清,测 TC、TG、HDL-C、LDL-C 值和血清 SOD、MDA、GSH-Px 值。

1.6 统计学处理 实验数据用 SPSS20.0 统计软件包。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,两两比较采用 *t* 检验,多组比较采用方差分析,方差齐性用多重比较法。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组治疗前后 TC、TG、HDL-C、LDL-C 指标变化见表 1。在经高脂饲料喂养 5 周后,除空白组外,其他组脂质代谢已经出现紊乱,与空白组比较,模型组,放血组及脂必妥组血清 TG、TC、LDL-C 水平都显著升高($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),血清 HDL-C 水平显著降低($P < 0.05$)。结果提示,经高脂饲料喂养 5 周后,模型组和放血组、药物组动物脂质代谢紊乱程度及动脉硬化程度已经达到了高脂血症动物模型的要求。

表 1 各组治疗前后血清 TC、TG、HDL-C、LDL-C 水平比较 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	TG	TC	HDL-C	LDL-C
空白组	治疗前	0.87±0.10	2.09±0.37	1.80±0.23	0.49±0.10
(n=10)	治疗后	0.90±0.16	2.17±0.21	1.94±0.20	0.48±0.10
模型组	治疗前	2.05±0.41*	2.79±0.41**	1.16±0.19*	0.88±0.12*
(n=10)	治疗后	2.12±0.33*	2.72±0.51**	1.09±0.24*	0.91±0.12*
放血组	治疗前	1.98±0.29*	2.81±0.36**	1.19±0.20*	0.85±0.15*
(n=10)	治疗后	1.67±0.31*	2.42±0.41 ^{△△}	1.38±0.25 [△]	0.62±0.07 [△]
脂必妥组	治疗前	2.01±0.37*	2.82±0.38**	1.21±0.12*	0.83±0.14*
(n=10)	治疗后	1.80±0.43 [△]	2.67±0.42 ^{△△}	1.30±0.20 [△]	0.78±0.19 [△]

与空白组同时时间比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与模型组治疗后比较,[△] $P < 0.05$,^{△△} $P < 0.01$ 。下同。

干预后,与空白组比较,模型组大鼠血清 TG、TC、LDL-C 水平显著升高($P < 0.01$),血清 HDL-C 水平显著降低($P < 0.05$);与模型组比较,放血组治疗两周后,放血组大鼠血清 TG、TC、LDL-C 水平显著降低($P < 0.05$),血清 HDL-C 水平显著升高,差异具有显著性($P < 0.05$),AI 指数显著降低($P < 0.05$)。

2.2 各组血清 SOD、MDA、GSH-Px 水平比较 见表 2。结果示与空白组比较,模型组血清 SOD、GSH-Px 水平均显著降低($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),血清 MDA 水平显著升高($P < 0.01$);与模型组比较,放血组血清 GSH-Px 水平显著升高($P < 0.05$),血清 MDA 水平显著降低($P <$

表 2 放血对高脂血症大鼠血清 SOD、MDA、GSH-Px 水平的影响($\bar{x} \pm s$)

组别	n	SOD(U/mL)	MDA(nmol/mL)	GSH-Px
空白组	10	165.32±32.18	4.12±0.11	756.24±202.27
模型组	10	118.34±44.53*	8.98±1.86**	264.17±59.24*
放血组	10	130.14±37.16 [△]	5.12±1.81 ^{△△}	380.62±102.36 [△]
脂必妥组	10	128.77±40.02 [△]	6.02±1.67 ^{△△}	368.32±98.46 [△]

0.01)。

3 讨论

高脂血症是心血管疾病的主要危险因素之一,而心血管病已成为我国居民的第 1 位死亡原因^[4]。蒙医学认为高脂血症是属于“通拉嘎未消化”症范畴,是人体因长期饮食起居以及其他条件的影响,体内“三根”——赫依、希拉、巴达干失去正常平衡,血热偏盛或巴达干黏液增多与希拉、血合并或分解精华、糟粕功能失调、使体内新陈代谢紊乱,致产生过多的恶血(病血)而形成的^[5]。放血疗法通过刺激有效穴位,放出适量血液,起到疏经通络、改善气血作用。

通过该实验研究观察到,蒙医放血疗法对高脂血症模型大鼠的 TC、TG、HDL-C、LDL-C 均有不同程度的调节作用和对脂质过氧化具有改善作用,治疗前后有显著差异($P < 0.05$)。对照组也有明显降低 TC、TG、HDL-C、LDL-C 作用($P < 0.05$);组间无显著性差异。治疗后 SOD、GSH-Px 显著升高,MDA 下降趋势。说明放血组和药物组在降脂调脂和预防动脉粥样硬化方面均有很好的作用。虽然中西药降血脂研究发展较快,但口服药有一定的肝肾损伤和胃肠道等不良反应,难免胃肠道刺激。蒙医放血疗法治疗高脂血症模型大鼠疗效确切,无肝肾损伤等毒副作用,显示出其独特的优势。且费用较低,操作简便,毒副作用少,值得在临床上推广应用。

参 考 文 献

- [1] 博·阿古拉. 蒙医传统疗法大成[M]. 赤峰:内蒙古科学技术出版社,2000,12:133.
- [2] 白清云. 中国医学百科全书[M]. 上海:上海科学技术出版社,1992:31.
- [3] 包福成. 蒙医放血疗法治疗高血压危象[J]. 中国民族医药杂志,2005,5(4):10-11.
- [4] 梁敬芝,伍春风,姚盛恩. 血脂康治疗 53 例高脂血症临床分析[J]. 广西医学,2006,28(1):123.
- [5] 浩必斯嘎拉图,九英花. 论高脂血症的预防与治疗[J]. 中国蒙医药,2010,14(3):23.

(收稿日期 2014-08-31)

· 实验报告 ·

培元抗癌汤对小鼠大肠癌肝转移模型血清中 IL-12 水平的影响

王 乾¹ 张 泳¹ 杨兴武¹ 王建华¹ 时丹丹^{2△}

(1. 陕西中医学院附属医院, 陕西 咸阳 712000; 2. 陕西中医学院第二附属医院, 陕西 咸阳 712000)

中图分类号: R285.5 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0109-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.039

【摘要】目的 建立小鼠大肠癌(CT26)肝转移模型, 研究培元抗癌汤对小鼠大肠癌肝转移模型血清中白介素(IL)-12 的影响。**方法** 将 50 只昆明小鼠随机分为 5 组(每组各 10 只): 模型对照组、阳性药对照组(安康欣胶囊组)、培元抗癌汤大、中、小剂量组。以小鼠大肠癌(CT26 细胞)悬液接种于小鼠脾脏, 建立大肠癌肝转移模型。观察各组一般情况, 对肝脏转移结节做小鼠大肠癌肝转移瘤抑制率的计算, 检测小鼠大肠癌肝转移模型血清中 IL-12 的表达。**结果** 与模型对照组相比, 各用药组肝脏转移瘤质量均减轻(均 $P < 0.05$), 其中各用药组间无显著差异($P > 0.05$); 安康欣胶囊组、培元抗癌汤大、中、小剂量组 IL-12 含量较模型对照组明显升高(均 $P < 0.05$)。**结论** 培元抗癌汤可通过升高小鼠大肠癌肝转移模型血清中 IL-12 的表达, 进而抑制小鼠大肠癌肝转移的发生及发展。

【关键词】 大肠癌肝转移 培元抗癌汤 大肠癌肝转移 IL-12

大肠癌是西方国家高发肿瘤之一, 发病率位居第 2。近 20 年来, 我国大肠癌发病率以平均每年 4.2% 的速度增加^[1]。大肠癌发病率上升至恶性肿瘤的第 4 位。大肠癌早期虽无明显症状, 但就诊时却有 15%~35% 的患者已发生转移, 其中肝脏是最常见也是最重要的转移部位, 进展期患者肝转移发生率高达 50%~70% 左右, 可切除者 5 年生存率为 11.5%~45%, 保守治疗患者平均生存期只有 4~9 个月, 故肝脏转移是导致大肠癌患者死亡的重要原因之一^[2]。因此, 提高大肠癌肝转移的早期诊断及治疗, 对提高大肠癌患者的生存率及改善预后具有极其重要的意义。培元抗癌汤是具有扶正活血化瘀抗癌的方剂, 其具有抑瘤、抗转移、防复发的作用。本实验通过培元抗癌汤对小鼠大肠癌细胞(CT26)肝转移模型血清白介素(IL)-12 表达水平的影响, 发现该方对小鼠大肠癌肝转移模型中小鼠肿瘤的生长有明显的抑制作用。现报告如下。

1 材料与方法

1.1 药物 经验方培元抗癌汤, 由西洋参、白花蛇舌草、炒白术、黄芪、土茯苓、仙鹤草、厚朴、炙甘草等组成^[3]。生药均购自陕西中医学院第一附属医院中药房, 于冷水中浸泡 2 h, 加热至沸腾后 2 h, 滤液; 再加入冷水加热煮沸 1.5 h, 滤液; 将两次滤液混合, 混合后的滤

液放置水浴锅中制备使生药含量为 3.0 g/mL 的煎剂, 高温消毒后于 4 ℃ 冰箱保存备用。安康欣胶囊(安徽高山药业有限公司)。5% 水合氯醛与注射用青霉素钠等(购自陕西中医学院第一附属医院)。

1.2 动物 健康昆明小鼠 50 只, 雌雄各半, 年龄 6~8 周, 体质量 18~22 g, 由西安市长安区斗门实验动物养殖场提供。小鼠大肠癌细胞株 CT26 由(西安润德生物技术有限公司)提供。

1.3 造模及给药 小鼠 CT26 细胞用含 10% 小牛血清的 RPMI1640 培养基(内加 10 mmol/L HEPES、4.5 g/L 葡萄糖、1.0 mmol/L 丙酮酸钠、0.1 mmol/L 非必需氨基酸、0.4 mg/mL G418), 置于 37 ℃、50 mL/L CO₂ 恒温箱中培养。取对数生长期细胞进行实验。取对数生长期细胞, 用 0.25% 胰蛋白酶及 0.02% EDTA 消化收集细胞, PBS 洗涤重悬制成单细胞悬液。台盼蓝染色测定活细胞率 ≥ 90%。术前进行麻醉预试验, 根据麻醉预试验结果选取 5% 水合氯醛(5 mg/kg)麻醉, 左肋缘下切口开腹, 显露脾脏, 用 1 mL 注射器于脾被膜下缓慢注射浓度为 1×10^6 个/mL 的 CT26 单细胞悬液 0.1 mL, 止血后把脾脏送回腹腔, 全层缝合关腹。50 只昆明小鼠造模后第 2 日, 随机分成 5 组: 模型对照组 9 只, 每日正常喂养; 安康欣胶囊组 10 只, 每日灌胃 0.4 mL (27 mg/kg, 每毫升含生药 50 mg); 培元抗癌汤小剂量组 10 只, 每日灌胃 0.4 mL (30 g/kg, 每毫升含生药 1.5 g); 培元抗

△通信作者(电子邮箱: shidan0324@163.com)

癌汤中剂量组 10 只,每日灌胃 0.4 mL(40 g/kg,每毫升含生药 2.0 g);培元抗癌汤大剂量组 10 只,每日灌胃 0.4 mL(60 g/kg,每毫升含生药 3.0 g)。每日给药 1 次,连续用药 15 d。

1.3 标本采集及检测 (1)一般情况观察:造模用药后,观察每组小鼠的进食、饮水、毛色变化、活动情况、对刺激的反应,有无腹泻、消瘦、死亡等情况,并随时记录。(2)出瘤时间的观察。(3)测肝转移癌结节重及去瘤后体质量,计算抑瘤率:15 d 后各组小鼠断颈处死,将血收集至离心管,迅速打开腹腔分离出肝脏,去除血污等非肿瘤组织,用天平(分析天平精确 1/10000 g)称瘤重,计算抑瘤率。抑瘤率=(对照组平均瘤重-用药组平均瘤重)/对照组平均瘤重 $\times 100\%$ 。(4)ELISA 法检测小鼠血清 IL-12 的表达。双抗体夹心法测定标本中小鼠 IL-12 水平。取纯化的小鼠 IL-12 抗体包被微孔板,制成固相抗体,将包被单抗的微孔中依次加入小鼠 IL-12,再与 HRP 标记的羊抗鼠抗体结合,形成抗体-抗原-酶标抗体复合物,经过彻底洗涤后加底物 TMB 显色。TMB 在 HRP 酶的催化下转化成蓝色,并在酸的作用下转化成最终的黄色。颜色的深浅和样品中的 IL-12 呈正相关。酶标仪下 450 nm 波长测定吸光度(OD 值),通过标准曲线计算样品中小鼠 IL-12 浓度。

1.4 统计学处理 应用 SPSS18.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,多样本均数间比较用单因素方差分析,多样本均数间两两比较用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况观察 造模前所有小鼠均活跃,体毛均匀致密,进食饮水良好,生长状况良好。第 5 日:各组小鼠均存活,培元抗癌汤组、安康欣胶囊组小鼠进食、饮水良好,活动灵活,反应敏捷,毛色欠光泽,未见腹泻及消瘦,未见恶液质出现;模型对照组小鼠消瘦,毛色枯槁,活动欠灵活,腹部出现不同程度膨隆,反应尚可。第 7 日:培元抗癌汤组、安康欣胶囊组小鼠开始出现饮食减少、消瘦,精神变差,腹部出现膨隆;模型对照组动物瘦弱明显,毛色干枯。第 10 日:培元抗癌汤组、安康欣胶囊组小鼠饮食明显减少、消瘦,精神变差;模型对照组动物瘦弱更明显,有个别动物恶液质现象发生。第 15 日:除模型对照组 1 只因恶液质死亡外,均存活。

2.2 各组小鼠出瘤时间的观察 见表 1。培元抗癌汤组、安康欣胶囊组出瘤时间与模型组比较有显著差异($P < 0.05$),培元抗癌汤各组与安康欣胶囊组之间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.3 各组间转移瘤质量和抑瘤率比较 见表 2。用药组转移瘤质量明显小于模型对照组($P < 0.05$),用药组之间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),表明培元抗

表 1 各组小鼠出瘤时间比较($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)

组别	n	出瘤时间
模型对照组	9	5.30 $\pm$ 0.82
安康欣胶囊组	10	7.10 $\pm$ 0.99*
培元抗癌汤大剂量组	10	6.90 $\pm$ 0.99*
培元抗癌汤中剂量组	10	6.40 $\pm$ 0.84*
培元抗癌汤小剂量组	10	6.36 $\pm$ 0.99*

与模型对照组比较,* $P < 0.05$ 。下同。

表 2 各组间转移瘤质量和抑瘤率比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	转移瘤质量(g)	抑瘤率(%)
模型对照组	9	2.4696 $\pm$ 0.3396	0
安康欣胶囊组	10	1.4478 $\pm$ 0.2973	41.38*
培元抗癌汤大剂量组	10	1.4720 $\pm$ 0.3142	40.39*
培元抗癌汤中剂量组	10	1.5444 $\pm$ 0.3062	37.47*
培元抗癌汤小剂量组	10	1.5719 $\pm$ 0.3589	36.35*

癌汤与安康欣胶囊对转移瘤均有抑制作用。

2.4 各组间小鼠血清 IL-12 表达水平的测定 见表 3。与模型对照组比较,培元抗癌汤各组 and 安康欣胶囊组均能升高小鼠大肠癌细胞(CT-26 细胞)肝转移小鼠 IL-12 表达水平($P < 0.05$),培元抗癌汤各组 and 安康欣胶囊组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 3 各组小鼠血清 IL-12 表达水平比较($\mu\text{g/mL}, \bar{x} \pm s$)

组别	n	IL-12
模型对照组	9	25.87 $\pm$ 0.97
安康欣胶囊组	10	27.67 $\pm$ 1.03*
培元抗癌汤大剂量组	10	27.78 $\pm$ 1.73*
培元抗癌汤中剂量组	10	28.01 $\pm$ 2.13*
培元抗癌汤小剂量组	10	27.41 $\pm$ 1.58*

3 讨论

约 20% 大肠癌患者在确诊的同时发现有肝转移,40% 发生异时肝转移。如不治疗,大肠癌肝转移生存 4.8~9.8 个月者仅 50%,2 年生存率仅 3%,4 年生存率为 0,预后较差。因此,研究大肠癌转移及抗转移的机理对于大肠癌防治具有十分重要的意义。这些研究必需借助于适当的动物模型,为此本实验建立了小鼠 CT26 脾种植肝转移小鼠模型。在本研究中,经脾接种癌细胞的 50 只小鼠,除了 1 只造模后死亡外,其他小鼠均有不同程度的肝转移,其肝脏表面分布有大小不等的不规则结节,转移率为 96%,成功率较高。

恶性肿瘤的发展过程中,肝脏是比较常见的转移器官之一,单发转移结节可积极外科手术治疗,但弥漫性多发肝转移结节则缺乏有效治疗方法。近年来,免疫治疗、基因治疗为肝转移肿瘤治疗开辟了新的路径。而

(下转第 122 页)

浅析《备急灸法》之学术思想

张 昕¹ 李洪亮¹ 胡晓英¹ 周国平^{2△}

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙 410007; 2. 南方医科大学, 广东 广州 510515)

中图分类号: R245.8 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0111-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.040

【摘要】《备急灸法》是南宋著名针灸学家闻人耆年所撰。该书是闻人氏收集历代名医治疗各种急性病证的灸疗方法, 且对其亲自实践后的总结。书中着重介绍了有关灸法治疗急危重症的应用和治验, 为灸法的研究发展提供了宝贵的参考材料。本文笔者就灸法的适应证, 施灸的方法、时机、部位、艾柱的大小、壮数, 骑竹马灸法的方法及艾药结合等方面对闻人耆年于该书中所体现的灸法的学术思想及施灸特色进行概括。

【关键词】《备急灸法》 闻人耆年 急症 灸法

闻人耆年, 南宋针灸学家, 生活于公元十二三世纪的携李(今浙江嘉兴), 具体生卒年代不详。自幼业医, 博览医书, 吸取各家所长, 行医四五十载, “凡古人一方一技, 悉讲求其要”。南宋宝庆二年(1226 年), 闻人耆年受宋代名医张涣《鸡峰普济方·备急卷》的启发, 吸收孙思邈、葛洪等医家的灸治思想, 选录历代名家记载及其本人亲自实践、行之有效之灸方 22 则, 以“以此养生”、“以此利人”为目的, 撰成《备急灸法》一书。《备急灸法》问世 20 年后, 孙炬卿偶得其蜀刊本, 在其原有内容之后, 增加“佚名氏”之《骑竹马灸法》、《竹阁经验备急药方》, 于淳祐五年(1245 年)重刊, 书名仍旧^[1]。该书在灸治思想上重视保护人体内的阳气, 在施灸方法上, 把艾灸治疗作为急救扶阳之首选, 从而成为继《肘后备急方》后针灸医学史上采用灸法治疗急症中浓墨重彩的一笔。现试将该书的艾灸思想及施灸特色总结如下。

1 灸治急症, 适应证广

闻人耆年所处的时代是一个多灾多难的时代, 灾害连年、社会动荡, 急性病证频发。在这样的历史背景下, 灸法以其简便、安全, 适宜急救施灸等特点, 受到人们的青睐。也正因为如此, 宋代, 针灸医学得到了较快发展, 灸法上更达到了一个新的高峰。《备急灸法》正是这个时期针灸医学灸法的代表。它继承发展了东晋葛仙翁用艾灸治疗急症的学术思想, 不但以艾灸用于治疗慢性疾病, 还用于多种急危重症的救治。它认为“施药惠人, 力不能逮。其间惠而不费者, 莫如针艾之术。然而针不易传, 凡仓卒救人者, 惟灼艾为第一”。充分发挥艾灸火力温和、起效较快, 能回阳救逆、通经复脉的特长, 用之于救治“卒暴心痛”、“卒忤死”、“妇人难生”等急症, 配合精妙的灸法, 往往能取得良好的治疗效果。

如治疗卒忤死, “急以皂角末吹入两鼻即活。若经时不活, 急灸掌后三寸两筋间(间使)各十四炷……如身冷口噤者, 灸人中三炷, 炷如粟米大”。

《备急灸法》所收录的 22 类急性病证中, 除了“转胞小便不通”使用“用盐填脐孔”之隔盐灸外, 其余 21 种病证皆采用艾柱直接灸。当然, 书中也谈到隔蒜灸治疗“诸发”等证, 但其实质仍是直接灸, 先用蒜片只是为了使患者便于适应直接灸的灼痛。《备急灸法》所记方法具有很强的操作性。书中详细介绍了几种艾灸方法, 包括操作规程、适应症、注意事项以及与情志饮食等的关系。如点灸法, “凡点灸时, 须得身体平直, 四肢无令拳缩, 坐点无令俯仰, 立点无令倾侧……凡病先灸于上, 后灸于下, 先灸于少, 后灸于多, 皆宜审之”。发灸疮法, “凡著灸疗病, 历春夏秋冬不较者, 灸炷虽然数足, 得疮发脓坏, 所患即瘥。如不得疮发脓坏, 其疾不愈”。候天色法, “凡点灸时, 若值阴雾大起, 风雪忽降, 猛雨炎暑, 灸临时且停, 候待晴明即再下火灸。灸时不得伤饱大饥, 饮酒大醉, 食生硬物, 兼忌思虑愁忧, 恚怒呼骂, 吁嗟叹息, 一切不祥, 忌之大吉”。

该书还对骑竹马灸法的方法、适应症等相关内容作了详细介绍, “治发背脑疽, 肠痈牙痛, 四肢下部一切痈疽、疔疮、鱼脐、鬼箭、癰疽等, 或胸腹不测, 风痺肿瘤, 紧硬赤肿, 恶核瘰发奶之属……骑定竹扛, 用身壁直靠……壮数不可灸多, 不问痈生何处, 已破未破, 并用此法灸之, 无不安愈”。骑竹马灸法的名称虽曾见于成书稍早的《卫济宝书》(宋·东轩居士注)及《集验背疽方》(宋·李迅著), 但文献记述最详尽者当首推《备急灸法》。

2 早灸速灸, 因病定量

急危重症来势迅猛, 传变迅速, 稍有怠慢, 就可能

△通信作者(电子邮箱: doctorzgp@sina.com)

错失良机,危及生命。《备急灸法》主张:急症的治疗应遵循尽早诊治原则,早诊断、早施灸,以期及时治愈疾患或防止病势传变。如治疗诸发等证,“初如粟米大,或痛或痒,色赤或黄,初不以为事,日渐加长,肿突满背,疼痛彻心,数日乃损人,至此则虽卢扁不能治矣。惟治之于初,皆得全生。其余数种,皆依法早治,百无一死”。治疗皮肤中毒风时,如出现“忽然遍身痛痒如虫啮,痒极搔之,皮便脱落,烂坏作疮者”,宜“急灸两臂屈肘曲骨间各二十一炷”。又如治疗霍乱当“急灸两肘尖各十四炷”,治疗急喉痹应“急于两手指甲后各灸三炷”,治疗肠痈宜“速灸两肘尖各百炷”。艾灸治疗上述急症当“治之于初”、“速灸”、“早灸”、“急灸”,在疾病初期即采取必要措施,抓住治疗的最佳时机,防微杜渐,使患者早日摆脱疾病之苦。

艾灸量是灸法取效的关键,而灸量的多少又主要取决于艾柱大小、壮数多少及时间长短等。《备急灸法》中所用艾柱有粟米大、绿豆大和大艾炷 3 种,其中绿豆大的艾柱使用较多,粟米大艾炷用之较少(主用于卒忤死之人中穴及鼻衄的治疗),大艾炷则主要用于隔盐灸。书中所述艾灸壮数用量悬殊,不同病证,艾灸壮数从几壮至上千壮不等。如风牙疼、鼻衄及妇人难生等病证只灸 3 壮,肠痈、狂犬咬等灸百壮,而诸发则多达上千壮。艾灸壮数应视施灸的进展情况而定,如治疗肠痈应“灸至大便下脓血尽”;治疗溺水,“灸脐孔三十五壮,水从谷道中出即活”;治疗诸发等证,“灸之数不拘多少,但灸至不痛即住”。“灸量适当”说到底就是要使艾灸达到一定的刺激量,产生灸感,症状才能减轻,治疗才能获得效果。

3 施灸部位,少而精简

《备急灸法》中的艾灸取穴少且重部位,除转胞小便不通溺水用脐孔(神阙)、昏厥用人中(水沟)外,都没有罗列穴位名称而只言施灸部位。22 个病证中取穴仅 17 个,有些病证只取一二个穴位,且多在四肢肘膝关节以下,易于操作。如治疗肠痈速灸两肘尖,治疗疔疮只灸掌后四寸两筋间,治疗卒暴心痛只灸掌后 3 寸两筋间(间使穴),治疗霍乱转筋只灸两足踝尖,治疗精魅鬼神所淫(癲狂)只灸两手大指(少商穴即鬼哭穴),治疗急喉痹只灸两手指甲后(少泽穴),治疗妇人难产只灸右脚小趾尖(至阴穴),等等。

该书取穴方法简单,易于掌握。如屈指量法例,“以薄竹片或以蜡纸条,量手中指中节横纹,取上下截齐,断为一寸”;定发际法,“凡灸发际,如是患者有发际整齐,根据明堂所说易取其穴。如是患者先因疾患后脱落尽发际,或性本额项无发,难凭取穴。今定患者两眉中心直上三寸为发际,以此为准”。《备急灸法》对某些用文字难以描述清楚的部位,还专门附上图谱 11

幅,并将各病证所取穴位标注于图上加以说明。这样,即使不懂医术之人,也能“按图索骥”,在危急之时救人于水火。

在穴位的选用中,《备急灸法》特别强调男女之别。一些病证需局部取穴、取双侧穴位或取任督二脉穴位时,多为男女同法,即患这些病症时,男女治疗取穴相同。如发背、蛇犬咬伤等,男女同法,取局部穴位;治疗皮肤中毒风同取两侧两臂屈肘曲骨间(曲池穴),霍乱转筋同取双侧两足踝尖;治疗转胞小便不通男女同用盐填脐孔大艾炷灸。某些只取一侧穴位治疗的病证则多遵循“男左女右”原则,如治疗疔疮及附骨疽,“灸掌后四寸两筋间十四炷,依图取穴,男左女右”;治噎疾,“脚底中指中节灸七壮,男左女右”。而对于治疗一些女性独有的病证,则只取右侧相应穴位,如治疗妇人难生,“急灸右脚小指尖三炷”。还有一些依据经脉循行路径治疗的病证,则遵循“左之右,右之左”交叉取穴的原则,如风牙疼灸外足踝间,“患左灸右,患右灸左”;鼻衄“用细索,如左孔衄缚右足,右孔衄缚左足……握手,屈大指,灸骨端上,右衄灸左,左衄灸右”。

4 艾药结合,疗效更佳

《备急灸法》中 22 类急症所使用灸法全为艾炷灸,而艾炷灸又分为直接灸和间接灸,本书中两者并用,以直接灸多见(达 21 条之多),但也用间接灸(隔蒜灸治疗诸发等证),两者合用法也有记载,如治疗发背等症用“大蒜切片如钱厚,贴在疮头上,先以绿豆大艾炷灸之……又可忍,便除蒜灸之”。直接灸法可使艾灸治疗直接作用于穴位,直达病所,给病证对应穴位以更强刺激,起效较快;间接灸则可结合所治疾病性质及患者体质,在艾灸过程中配以相应的药物,起到艾灸和药物的双重作用,更有效地治疗疾病。

另外,《备急灸法》在应用艾炷灸的同时,也配合使用其他药物治疗,多用于神志不清患者。如治疗夜魔不寐(昏睡)配合“皂荚末吹入两鼻”;治疗卒忤死(昏厥)配合“急以皂角末吹入两鼻”;治疗溺水配合“用皂角末吹入谷道中(皂角无用石灰)”,并用“灶灰一斗,锅内炒令煖,以布三五重煖裹热灰,熨其心头”;治疗自缢“先用皂荚末吹入两鼻,用旧毡一片盖其口鼻,令两人用竹筒极吹两耳,即活”;治疗难产配合“先用盐汤洗脚令温,气脉通疏,然后灸,立便顺产”。书中所记灸法中配合使用最多的药物为皂角,因皂角辛温,开窍通闭醒神、豁痰祛瘀散结,配合艾灸,对神志不清者有较好疗效。

5 结 语

灸法是针灸学的重要组成部分之一。《备急灸法》主张艾灸治疗急症要早灸、急灸,选穴精专,灸量适当,充分体现了闻人氏在灸法治疗急症方面的独到之处。

书中收集了历代名医治疗各种急性病证的灸疗法,且所列的急症救治皆为其“已试之方”,给后世提供了灸法治疗急症的宝贵经验。《备急灸法》是灸法治疗急症的专著,所述艾灸方法操作简便,易于推广和普及,是研究灸法和针灸治病的良好教材。

参 考 文 献

- [1] 闻人耆年. 备急灸法[M]. 北京:人民卫生出版社,1955:15-38.

(收稿日期 2014-07-01)

· 临证经验 ·

不明原因发热治验 1 则

李 静 张 强[△]

(宁夏回族自治区第五人民医院,宁夏 石嘴山 753000)

中图分类号:R254.9 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)01-0113-01

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.041

【关键词】 发热 病因不明 验案

1 病历资料

患某,男性,46 岁,因“发热 4 d”于 2013 年 5 月 25 日就诊于本院内科门诊,并以“肺部感染”收住入院。当时证见发热, T 38.6℃,并伴有阵发性咳嗽,咳嗽不剧,无明显咳痰及气喘。胸部 CT:两下肺纹理增多,增重。血、尿、便常规无异常。血生化:葡萄糖 8.6 mmol/L,血沉,超敏 C 反应蛋白 32.78 mg/L。风湿两项,抗核抗体检查未见异常。头颅磁共振,腹部 B 超及腹部 CT 未见异常。患者入院后行 3 次血培养均无细菌生长。

2 治 疗

先后予美洛西林舒巴坦、头孢他啶、左氧氟沙星、喜炎平、痰热清静脉滴注以抗感染,退热对症治疗半月,热势仍不退。复查胸部 X 光片示:双肺未见明显异常。其间体温最高 39.8℃。为排除药物热可能,停用抗生素后患者仍反复高热。于 6 月 15 日,内科以“患者感染控制后,反复发热原因不明”邀余诊治。其下,患者自觉头痛、全身乏力、纳差胸闷、烦躁汗出、口干、大便干结。舌质红,苔黄厚而干,脉滑数。辨证为湿热蕴阻,拟方如下:佩兰 20 g,陈皮 10 g,金银花 20 g,连翘 15 g,

苍术 30 g,厚朴 15 g,鸡内金 50 g,甘草 6 g,砂仁 10 g,枳实 20 g,瓜蒌 20 g。服 3 剂后体温恢复正常,后患者仍感乏力,余症消失,继予原方加黄芪 30 g,口服 3 剂,于 6 月 21 日痊愈出院。

3 讨 论

此病例为湿热病,属湿热蕴阻,结聚中焦。若平素阳虚,脾胃运化失灵之人,或恣食生冷、膏粱厚味、瓜果,或劳倦饥饿,导致脾胃受邪,湿浊内停,则更易感受邪气而致病,即薛生白《湿热病》篇谓“太阴内伤,湿饮停聚,寒邪再致,内外相引,故病湿热”。湿热郁证,湿热弥漫三焦之中,流连于卫气之分,且热外湿中,湿热裹结,如油入面,难解难分。而热以湿为依附,湿不去则热不清,湿去则热不能独存。故治疗此病当从芳香化浊,通腑降逆之法。以陈皮、佩兰、砂仁芳香醒脾,兼去表邪;苍术、厚朴燥湿运脾,鸡内金、枳实、瓜蒌消食通腹降逆;金银花、连翘清解热邪。由此可见,如何有效祛除湿邪,以使湿热分离,才是治疗湿热之证的关键所在。

(收稿日期 2014-09-27)

[△]通信作者(电子邮箱:25606611@qq.com)

中医药治疗过敏性鼻炎-哮喘综合征研究概况*

张小朴¹ 史锁芳^{2△}

(1.南京中医药大学,江苏 南京 210029;2.南京中医药大学第一附属医院,江苏 南京 210029)

中图分类号:R765.21 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)01-0114-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.042

【关键词】 过敏性鼻炎-哮喘综合征 中医药治疗 发作期与稳定期 治则治法

过敏性鼻炎(AR)和支气管哮喘(BA)均为呼吸道常见的过敏性疾病,二者往往同时并存,并相互影响。两者除了临床表现不同外,在病因学、发病机制和病理改变等方面均极为相似。为此,过敏性鼻炎-哮喘综合征(CARAS)得以由世界变态反应组织正式提出。近年来两病的发病率逐年上升,已成为全球性健康问题^[1]。在中医学中,AR 和 BA 分属“鼻鼽”和“哮喘”范畴。笔者现将中医药治疗 CARAS 情况综述如下。

1 流行病学资料

国内外已有大量流行病学资料证实了 AR 与 BA 的相关性。AR 患者中大约有 20%~38%合并 BA,明显高于普通人群中 BA 发病率(2%~5%);而 BA 患者中约有 60%~78%伴有 AR,是普通人群的 4~16 倍(5%~20%)^[2]。同时调查研究发现^[3],在 BA 合并 AR 患者 291 例中,有 155 例(53.3%)患者先发生 AR,平均 6 年后发生 BA,中位时间为 3 年。有 98 例(33.7%)患者先发生 BA,8.1 年后发生 AR,中位时间为 5.6 年。另有 38 例(13.1%)患者 AR 和 BA 同时发生。另有长达 10 余年的临床和实验研究发现,有 6%以上的常年性 AR 患者存在气道高反应性。以上结果均可说明,AR 与 BA 发病具有因果联系,而前者常在后者之前发生,是后者发生的潜在危险因素。

2 鼻鼽和哮喘的发病关系

鼻鼽和哮喘同属肺系疾病,二者相互联系、相互影响。肺开窍于鼻,鼻与喉相通而联于肺,是呼吸的门户,鼻鼽在脏腑病机中以肺为首。其一,风寒、风热之邪袭肺多从口鼻而入,鼻鼽发作,则鼻窍抗邪能力下降,肺之门户大开,外邪直袭于肺;或涕涕下流,侵袭气道;久之肺气不利,升降失司,津液失布,痰饮内生,若风邪袭肺,风痰搏击气道则哮喘发作。此鼻鼽致哮喘。其二,哮喘日久,肺气亏虚,不耐邪袭,卫外失司,而鼻为肺

窍,首当其冲,反复受邪,鼻窍不利,则鼻塞、鼻痒、喷嚏、鼻涕。此哮喘致鼻鼽。其三,素体肺虚和特殊体质之人,极易为风邪所侵袭,内外合邪,则哮喘和鼻鼽同时发病。本病长期发作,寒痰伤及脾肾之阳,热痰耗灼肺肾之阴,由实转虚,缓解期表现为肺、脾、肾等脏气虚弱之候,同时痰瘀互结,此发病之夙根。

研究发现^[4],目前主要有以下 3 种学说共同解释 AR 与 BA 的发病机制。(1)鼻后滴漏综合征:AR 患者的鼻内炎性分泌物可以经鼻后孔和咽部流入或吸入肺内,特别是仰卧位睡眠时鼻内炎性分泌物流入气道,极可能是 AR 发展为 BA(特别是夜间 BA)的重要原因。(2)鼻-支气管反射:由自主神经介导,传入神经为三叉神经,传出神经为迷走神经,当鼻和鼻窦黏膜上的三叉神经末梢受到刺激兴奋时,能反射性地引起支气管平滑肌收缩,导致支气管内阻力增加和肺顺应性降低,甚至氧分压降低,出现 BA 的临床表现。同样,肺部吸入变应原也可引起 AR 的症状。(3)呼吸方式的改变:鼻是气体进出体内的门户,对空气的过滤、加温、湿化可保持下呼吸道内环境的稳定。当 AR 患者鼻塞、张口呼吸时,这种保护防御机制削弱而使下呼吸道稳定的内环境遭到破坏,并使变应原直接进入下气道导致炎症。

3 治则治法

在治疗 CARAS 时,应树立肺鼻同治的整体观念。基于“哮即痰喘之久常发者,因内有壅塞之气,外有非时之感,膈有胶固之痰,三者结合,闭拒气道,搏击有声,发为哮喘”的病机,各家皆宗“未发以扶正气为主,既发以攻邪气为急”的原则^[5],从“风”(内风和外风)、“痰”(风痰、寒饮、热痰)、“气”(气逆)、“虚”(肺脾肾虚)论治。发作期以治标为急。祛外风或内风,温化寒痰、祛风涤痰或清化热痰,宣降肺气,芳香通窍,同时兼顾阴阳气血之不足。缓解期以补虚为本。补肺、健脾、益肾为主,气虚者予温补,阴虚者予滋养,阳虚者予温阳,同时宜酌量加入消散之品,或疏风,或活血,或祛

* 基金项目:江苏省中医药领军人才项目(Lj200909)

△通信作者(电子邮箱:1070842733@qq.com)

痰,使补而不滞。

3.1 发作期治疗

3.1.1 疏风解痉,活血化瘀 刘贵颖^[6]认为风邪是始动因素,把疏风解痉作为治疗本病的一个着眼点;瘀阻肺络亦为主要病机,强调无论是发作期还是缓解期,都应灵活应用活血化瘀法,并将其法贯穿始终,同时兼顾脾胃。自拟咳喘方在临床使用几十年效果显著,总有效率达 86.4%。邵长荣^[7]研究发现,川芎嗪在平喘的同时,还能改善哮喘患者发作时肺动脉高压状态,降低其发病的重要介质——血栓素的作用。

3.1.2 宣肺化痰,疏肝达郁,化湿泄毒 顾丕荣^[8]认为其标为痰气,其本是肾虚,而最根本的病因是湿毒。外受非时之邪或鼻吸异气而引动膈间胶固之痰发病。治当宣肺化痰,疏肝达郁。同时,自拟化哮八宝丹化湿泄毒,并贯穿始终,用于临床每获良效。

3.1.3 祛风化痰,降气平喘,温通鼻窍 王志英^[9]认为风痰阻肺、寒饮内停是急性发作时的主要病机,祛风化痰、降气平喘、温通鼻窍为治疗大法,临床疗效显著。方泓等^[10]认为本病致病实为寒邪(外感风寒、过用寒凉、劳倦伤阳、寒痰阻肺等)和寒体(阳虚内寒之禀赋)两端,发作期治当祛风化痰、降逆通窍。同时认为,本病发作期和缓解期的治疗均应重视通鼻窍、利咽喉、祛风止咳。

3.1.4 益气祛风,宣痹化饮 史锁芳^[11]认为气虚风袭、风痰阻肺、胸阳痹阻是本病的基础病机,采用肺鼻同治的整体疗法,选用益气祛风、宣痹化饮复方辨治本病取得了较为满意的临床疗效。并且通过动物实验研究发现^[12],祛风宣痹方能够有效下调哮喘豚鼠肺组织内 p38 MAPK 磷酸化蛋白的表达,阻断其信号通路,使白三烯、前列腺素等炎性介质产生受限,从而控制变应性炎症的发生和发展而平喘。并且益气祛风、宣痹化饮方能够使哮喘大鼠模型肺组织嗜酸性粒细胞水平降低和 TLR-9 的表达上调,充分地说明了本方治疗本病的机制,显示出其临床有效性^[13]。

3.1.5 益气疏风,温阳化饮 孙子凯^[14]认为 AR 合并 BA 患者大多阳虚气弱,不耐邪侵。平素痰饮内伏于肺为其夙根,外邪乘袭而引动痰饮则哮喘发作。痰饮内伏则为标实,故应疏风宣散、温阳化饮治其标。马红等^[15]认为该病的发病机理主要为肺脾两虚,内有伏饮;又因于风寒之邪外袭,引动伏饮,循经上犯鼻窍,发为本病。其应用自拟苏辛脱敏汤治疗咳嗽变异性哮喘伴 AR 发作期患者 55 例,氨茶碱加酮替芬配合呋麻滴鼻液滴鼻治疗对照组 45 例。结果显示,咳嗽总有效率治疗组为 94.55%,对照组 71.11%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。AR 总有效率治疗组为 86.64%,对照组为 84.44%,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗组复发率为 6.52%,对照组为 31.58%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3.2 缓解期治疗

3.2.1 补肺 李新^[16]认为肺气虚是缓解期急性发作的内在因素,风邪是哮喘的夙根,应用益气固肺疏风汤治疗哮喘缓解期患者 30 例,连服 3 个月,随访 12 个月后至 15 例空白安慰剂对照组对比,在急性发作次数、急性发作时病情严重程度、感冒次数、鼻塞喷嚏次数等方面均优于对照组($P < 0.05$)。黄振炎等^[17]认为肺卫气阳虚是哮喘发作的重要内因。在吸入表面糖皮质激素基础上,用桂枝汤治疗肺气亏虚型哮喘稳定期患者 53 例,60 d 后与 49 例西医常规治疗组(表面糖皮质激素)和安慰剂组(表面糖皮质激素+中药安慰剂)相比,结果表明,桂枝汤组 ACT 评分较常规治疗组及安慰剂组高,评分提示受试者哮喘得到控制,桂枝汤能有效应用于肺气亏虚型哮喘缓解期患者的防治。

3.2.2 补肺健脾 叶华等^[18]认为脾为宿痰之源,肺虚为发病之本,依据“虚则补其母”的治疗原则,应用健脾益肾汤联合孟鲁司特钠片治疗小儿哮喘缓解期 78 例,单纯服用孟鲁司特钠片的对照组 80 例,两组均以 3 个月为 1 个疗程。临床疗效标准停药后进行 2 年随访,治疗组总有效率为 84.6%,明显高于对照组的 75%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3.2.3 补肺益肾 许建中^[19]认为激素依赖性哮喘患者,其下丘脑-垂体-肾上腺轴的功能严重受损,以肺阴虚、肾阳不足多见。对于肺肾阴虚证者以滋阴降火为正治,常选用百合固金汤、沙参麦冬汤和六味地黄丸加减;对于肺肾阳虚证者常予仙茅、淫羊藿温补肾阳,葛根升举阳气,玉屏风散补肺,能够逐渐撤减激素,可能与温补肾阳法提高了垂体肾上腺皮质系统的兴奋性有关。

3.2.4 肺脾肾并补 孙轶秋^[20]认为小儿本病缓解期以调补肺脾肾虚为主,在消除伏痰宿根的同时,不忘缓解期“风”字当头,以祛风脱敏,固本防哮为治则,同时谨慎防护,疏风避风断其路,即使患儿无外感症状亦可选用金银花、板蓝根或荆芥、防风等以疏散风邪;白芷、辛夷、苍耳子、玄参、牛蒡子等通鼻利咽。叶志光等^[21]将缓解期肺脾肾虚型患者 88 例平均分为治疗组和对照组,分别采用加味参蛤散和沙美特罗替卡松粉吸入剂治疗,4 周为 1 个疗程,连服 3 个疗程。结果显示,治疗组临床总有效率高,治疗组治疗后血清 Th1 升高, Th2 降低, Th1/Th2 升高,且与对照组相比,有显著差异($P < 0.05$)。说明加味参蛤散能够改善支气管哮喘患者 Th1/Th2 免疫失衡及炎症介质表达,治疗缓解期支气管哮喘的疗效显著。

3.2.5 祛痰活血 张文江等^[22]认为痰饮和瘀血均是哮喘长久难愈的夙根,应用祛痰活血方治疗哮喘缓解期痰瘀阻肺证患者 96 例,治疗组和对照组各半,分别采用祛痰活血方和沙美特罗替卡松吸入剂,3 个月为 1

疗程。结果显示:治疗组和对照组相比,在临床疗效、治疗前后症状总分和肺功能比较方面,前者优于后者,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组肺功能疗效比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。本方能够改善或消除气道反应性炎症,改善气道重塑。

4 展 望

CARAS 是同时发生的临床或亚临床的上呼吸道和下呼吸的过敏性症状,二者往往同时并存。发作期除了表现为反复发作喘息、气急、胸闷,双肺闻及散在或弥漫以呼气相为主的哮鸣音等下呼吸道症状外,还表现为鼻痒、鼻塞、鼻涕、喷嚏等上呼吸道症状,同时兼有过敏性结膜炎等表现。缓解期患者上述症状、体征消失,肺功能恢复到急性发作期前水平^[23]。现医学界以糖皮质激素、白三烯药物拮抗剂、茶碱类等药物治疗可控制本病发作。其中,糖皮质激素吸入一直是一线用药,但仍有许多难以预料不良反应,而且有些患者对糖皮质激素抵抗^[24]。而中医治疗本病具有疗效显著稳定、药效持续时间长、副作用小、善于预防和长于治本的优点^[25]。现代医学研究表明^[26],中医药治疗本病的机制包括抑制气道炎症、调节免疫功能、改善气道重塑、降低气道反应和调节神经失衡 5 个方面。目前研究并已深入到细胞分子生物学及病理形态学水平,但仍存在以下不足:(1)临床病例的观察缺少大样本含量以及长期随访观察。(2)多数临床报道仍为验案总结或临床疗效观察,规范的研究尚显不足,治疗结果可重复性差。(3)实验动物模型多采用西医疾病的动物模型,缺乏与治疗方药相一致的病证合一的动物模型。(4)中医药治疗 CARAS 的作用靶点和作用途径有待深入研究,能够快速缓解发作期症状和有效延长复发的中药制剂目前还没有出现。本病是易于反复发作的慢性疾病,上述问题需要在临床和实验研究中不断加以解决,并且,多中心大样本探讨本病证型,针对本病特点研制对应防治结合方药是目前迫切需要解决的临床问题。

参 考 文 献

- [1] To T, Stanojevic S, Moores G, et al. Global asthma prevalence in adults: findings from the cross-sectional world health [J]. BMC Public Health, 2012, 12(1): 204.
- [2] Compalati E, Ridolo E, Passalacqua G, et al. The link between allergic rhinitis and asthma: the united airway disease [J]. Expert Rev Clin Immunol, 2010, 6(3): 413-423.
- [3] 赵菁. 变应性鼻炎与支气管哮喘的关系 [J]. 中医耳鼻喉科学研究杂志, 2011, 10(3): 41-43.
- [4] 江瑾玥, 郭述良. 成人过敏性鼻炎哮喘综合征的协同诊治研究进展 [J]. 中华肺部疾病杂志, 2012, 5(6): 550-554.
- [5] 周仲英. 中医内科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 79-88.
- [6] 王春燕, 刘贵颖. 刘贵颖治疗过敏性鼻炎-哮喘综合征经验总结 [J]. 四川中医杂志, 2012, 30(12): 14-15.
- [7] 史锁芳. 哮喘中医的特色疗法 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2012: 123-128.
- [8] 赵东凯. 顾丕荣哮喘治验 [J]. 中国社区医师, 2009, 25(10): 37.
- [9] 邹思捷, 王志英. 王志英教授运用祛风化痰法治疗过敏性鼻炎-哮喘综合征经验 [J]. 吉林中医药杂志, 2012, 32(6): 561-562.
- [10] 方泓, 唐斌擎. 过敏性鼻炎-哮喘综合征中医治疗心得 [J]. 上海中医药杂志, 2010, 44(10): 44-45.
- [11] 史锁芳. 哮喘中医的特色疗法 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2012: 165-168.
- [12] 史锁芳, 刘丽, 黄辉. 等. 祛风宣痹方对哮喘豚鼠 P38MAPK 信号通路的影响 [J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(9): 2441-2443.
- [13] Kuilong Zhou, liLiu, suofang Shi. Qu Feng Xuan Bi Formula attenuates anaphylactic rhinitis-asthma symptoms via reducing EOS count and regulating T cell function in rat ARA models [J]. Journal of Ethnopharmacology, 2014, 152: 568-574.
- [14] 孙子凯. 过敏性鼻炎合并哮喘的中医药辨治思路与方法 [J]. 时珍国医国药, 2013, 24(1): 178-179.
- [15] 马红, 刘景. 苏辛脱敏汤治疗咳嗽变异性哮喘并过敏性鼻炎疗效观察 [J]. 新中医, 2013, 45(5): 39-41.
- [16] 李新. 益气固肺疏风法治疗支气管哮喘临床缓解期 30 例疗效观察 [J]. 北京中医药杂志, 2011, 30(4): 290-291.
- [17] 黄振炎, 卢育明, 何杰深. 桂枝汤治疗肺气亏虚型哮喘缓解期患者的研究 [J]. 中医临床研究, 2012, 4(14): 74-76.
- [18] 叶华, 邱新英. 健脾益肾汤联合孟鲁司特钠片治疗小儿哮喘缓解期 78 例 [J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(5): 356.
- [19] 樊茂荣, 张燕萍, 苗青. 徐建忠教授治疗缓解期支气管哮喘学术经验 [J]. 时珍国医国药, 2010, 26(6): 1506-1507.
- [20] 鞠丽, 孙铁秋. 祛风脱敏固本防哮治疗儿童哮喘缓解期浅议 [J]. 新中医, 2013, 42(15): 12-13.
- [21] 叶志光, 李惠, 苏雪媚. 加味参蛤散治疗缓解期支气管哮喘临床观察 [J]. 中国中医药信息杂志, 2014, 25(5): 37-39.
- [22] 张文江, 苗青, 张燕萍. 祛瘀活血方治疗支气管哮喘缓解期痰瘀阻肺证 48 例 [J]. 中医杂志, 2011, 52(23): 2043-2044.
- [23] 江瑾玥, 郭述良. 成人过敏性鼻炎哮喘综合征的协同诊治研究进展 [J]. 中华肺部疾病杂志, 2012, 5(6): 550-554.
- [24] 张占峰, 霍博雅. 支气管哮喘气道重塑的中医药治疗现状 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2010, 16(11): 1081.
- [25] 王辉, 张万明. 抑制 NF- κ B 过度表达治疗哮喘的进展 [J]. 广东医学, 2009, 30(9): 1400-1402.
- [26] 张雄飞, 黄娟萍, 李碧云, 等. 中药治疗哮喘作用机制的研究进展 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(15): 344-347.

(收稿日期 2014-09-27)

穴位贴敷、穴位注射防治化疗后恶心呕吐近况*

彭 莉 肖用兰 胡陵静 傅 敏 袁 敏[△]

(重庆市中医院, 重庆 400011)

中图分类号: R730.59 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0117-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.043

【关键词】 穴位贴敷 穴位注射 恶心呕吐

化疗是治疗肿瘤及某些自身免疫性疾病的主要手段之一,患者普遍有恶心、呕吐症状,严重影响着患者的生活质量。目前对于化疗致恶心呕吐的治疗多根据 NCCN 止吐临床实践指南进行,首选 5-HT₃ 受体拮抗剂,包括格雷司琼、昂丹司琼等。虽然国外已有众多文献^[1-2]证实了相应的受体拮抗剂在临床上具有应用价值,但仍有一半以上的患者会出现不同程度的恶心呕吐。而中医学在防治化疗后恶心呕吐方面有其独特的优势,尤其是穴位贴敷、穴位注射。近年来,由于此 2 种方法操作简单,价格低廉,所取得的临床疗效令人满意,故临床应用日益趋广,为进一步了解近几年的研究进展,特综述如下。

1 临床治疗

1.1 穴位贴敷 黄琛等^[3]将 103 例恶性肿瘤化疗患者随机分为治疗组 51 例和对照组 52 例,治疗组采用上海丰泽园医药研究所研发的治疗贴,予双侧足三里及内关穴贴敷防治化疗后呕吐,对照组予化疗前后静脉滴注昂丹司琼预防呕吐。结果:治疗组化疗后总有效控制率为 92.2%,对照组为 58.8%。黄杰等^[4]用止呕散穴位贴敷防治顺铂所致消化道反应,结果由半夏、吴茱萸、生姜组成的止呕散穴位贴敷加用昂丹司琼控制呕吐症状的有效率为 92.5%,单用昂丹司琼控制呕吐症状的有效率为 77.5%,显著优于单用昂丹司琼控制呕吐症状。丘平等^[5]将治疗组 21 例乳腺癌化疗患者应用穴位贴敷进行治疗(半夏、生姜、吴茱萸等制成药团敷于内关、足三里穴和中脘穴);对照组 21 例未给予穴位贴敷治疗,两组治疗期间禁服其他抗呕类药物。结果:经过 3 个疗程的治疗,恶心呕吐的控制率,治疗组均高于对照组,21 例患者,完全有效控制 10 例,部分有效控制 8 例,轻微控制 2 例,无效 1 例,总有效率 85.7%。对照组 21 例患者,完全有效控制 1 例,部分有效控制

8 例,轻微控制 10 例,无效 2 例,总有效率 42.8%。叶忠伟^[6]应用中药止逆散(由半夏、生姜汁、丁香、吴茱萸、炒枳壳组成)贴脐联合昂丹司琼静脉滴注防治化疗后恶心呕吐 60 例,对照组采用昂丹司琼静脉滴注,结果:0 度 3 例,Ⅰ度 23 例,Ⅱ度 29 例,Ⅲ度 5 例,而昂丹司琼组 0 度 1 例,Ⅰ度 5 例,Ⅱ度 40 例,Ⅲ度 14 例,治疗组化疗后Ⅱ、Ⅲ级呕吐患者数显著减少,Ⅰ级呕吐患者数增多,两组间治疗后呕吐分级比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。张东焱等^[7]选择既往化疗出现呕吐反应的患者 132 例,随机分为两组,治疗组 72 例,对照组 60 例。治疗组应用半苏散(由半夏 15 g,紫苏梗 15 g,党参 20 g,黄芩 10 g,黄连 6 g,干姜 10 g,陈皮 10 g,生黄芪 30 g 组成)敷脐治疗肿瘤患者化疗所致呕吐,总有效率 90.28%,显著高于对照组昂丹司琼静脉注射,有效率 75.00%,且无副作用发生。蔡智慧等^[8]将 75 例恶性肿瘤化疗患者随机分为治疗组 37 例和对照组 38 例,对照组在化疗前后静脉滴注格拉司琼预防胃肠道反应,治疗组加用曲池、内关及足三里中药穴位贴敷,治疗组总有效率为 91.4%,显著高于对照组的 52.6%。袁敏等^[9]采用止吐膏穴位贴敷预防肿瘤化疗时呕吐,结果由姜半夏、黄连、吴茱萸、柿蒂等组成的止吐膏穴位贴敷联用静脉注射昂丹司琼控制呕吐症状的有效率为 93.9%,比单用静脉注射昂丹司琼控制呕吐症状(79.6%)疗效显著。

1.2 穴位注射 申建中^[10]采用胃复安足三里穴位注射联合格拉司琼治疗化疗致恶心呕吐总有效率 92.73%,高于单纯使用格拉司琼组 88%。范晋文^[11]将 23 例恶性肿瘤动脉灌注化疗患者于介入前 15 min 内关穴注射恩丹西酮 8 mg,足三里穴注射甲氧氯普胺 10 mg,对照组于介入前 15 min 静滴恩丹西酮 8 mg。结果:两组防治恶心有效率分别为 78.2%、56.4%,防治呕吐有效率分别为 82.6%、69.5%($P < 0.05$)。程艳^[12]将 90 例进行顺铂化疗的肿瘤患者随机分为两组,对照组只用昂丹司琼,治疗组采用维生素 B₆、胃复安足三里穴位

* 基金项目:重庆市卫生局中医药科技项目(Y20132118)

△通信作者(电子邮箱:964842472@qq.com)

注射联用昂丹司琼。结果:治疗组 45 例经治疗后全部获效,其中治愈 41 例,有效 4 例;对照组 45 例中治愈 11 例,有效 19 例,无效 15 例。两组比较治疗组疗效明显优于对照组。芦殿荣等^[13]将 30 例含顺铂化疗患者实施中药艾迪足三里穴位注射联合格拉司琼,对照组 30 例患者单纯使用格拉司琼,以顺铂化疗 d-1, d1, d21 为检测时间点。结果:试验组患者急性化疗相关性呕吐的治疗有效率高于对照组(第 1 次访视试验组有效率为 75.87%,对照组有效率为 50.00%, $P < 0.05$;第 2 次访视试验组有效率为 79.31%,对照组有效率为 61.54%, $P > 0.05$),并能够改善含顺铂化疗方案患者中医证候积分。刘增慧等^[14]将 51 例化疗期间出现Ⅲ度以上的顽固性呕吐患者随机分为两组,其中治疗组 26 例,出现顽固性呕吐后加用异丙嗪足三里穴位注射;对照组 25 例,出现顽固性呕吐后继续甲氧氯普胺强化止吐治疗。结果:足三里注射组治愈率为 80.77%,对照组治愈率为 24%;足三里注射组总有效率 96.15%,对照组总有效率为 68%,且足三里注射组患者穴位注射期间未出现明显不良反应。

1.3 穴位贴敷加穴位注射 易海燕^[15]将 56 例住院化疗的肺癌患者随机分为观察组和对照组各 28 例,对照组予托烷司琼及地塞米松静滴,观察组在对照组的基础上加用止呕方穴位贴敷及甲氧氯普胺足三里穴位注射,止呕方由法半夏、丁香、吴茱萸组成,打粉后加姜汁、凡士林调成糊状。结果:观察组治愈率为 89.29%,对照组为 64.29%,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。朱慧等^[16]将 64 例卵巢癌手术后化疗患者随机均分为观察组和对照组,观察组采用生姜贴敷神阙及内关穴配合胃复安、地塞米松足三里穴位注射预防化疗后呕吐;对照组予化疗前肌内注射胃复安及地塞米松。结果观察组化疗后呕吐总有效控制率 90.62%,与对照组(34.38%)比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2 理论研究

2.1 穴位的选择 穴位注射防治化疗后恶心呕吐多采用足三里、内关穴,穴位贴敷多选用内关、足三里、中脘等穴位。《针灸治疗学》中胃病处方,不论虚实,皆有此三穴^[5]。燕平等^[17]以乙醇造成大鼠胃黏膜损伤后,动态观察针刺足三里不同组穴对模型胃黏膜组织学及超微结构的影响。结果提示足三里不同配穴均可减轻急性胃黏膜损伤,而在各穴组中,以足三里、内关、中脘 3 穴效果最好,故此 3 穴可用作“胃病基本方”。足三里穴是足阳明胃经“合”穴,“合治内脏”,能调理脾胃,和中降逆,使得脾胃健,气血和^[18]。现代医学研究证实,针灸刺激足三里穴,可使胃肠蠕动有力而规律,并能提高多种消化酶的活力,增进食欲,帮助消化,提高机体防御疾病的能力;中脘穴属任脉,为足阳明胃经的募穴,

主治脾胃疾病;内关穴有止呕奇效,起和胃降逆宽胸理气之功^[5]。

2.2 穴位贴敷的机理研究 穴位贴敷是通过渗透作用,将药之气味透过肌肤直达经脉,融化于津液之中,从而发挥药物归经之功效。经穴对药物具有外敏感性和放大效应,经络系统是低电阻的运行通道。因此,药物贴敷于特殊经穴,能迅速在相应组织器官产生较强的药理效应,起到单相或双相调节作用^[19]。现代研究证明,药物从体外作用于人体的穴位,该穴位的组织结构、皮肤、神经、血管、淋巴等均发生一定的变化,某些中药能刺激穴位,使局部的温度增高,毛细血管扩张,有利于中药成分通过皮肤,穿过毛孔,不断地进入淋巴液、血液而发挥其药理作用。穴位贴药还可能通过刺激穴位,以及药物的吸收、代谢,对机体的有关物理、化学感受器产生影响,直接反射性地调整大脑皮层和植物神经系统的功能,通过细胞免疫和体液免疫,增强抗病能力,从而达到防病治病的目的^[20]。

2.3 穴位注射的效应特性及机理研究 穴位注射又称“水针”,是选用中西药物注入有关穴位以治疗疾病的一种方法。穴位注射疗法具有以下特点^[21-22]:(1)药物特异性作用,同穴异药。可以选取不同药物辨证治疗化疗所致呕吐。(2)穴位注射的增效减副作用,药物注入经穴有循经作用,药物可沿经络直达病灶,仅需较小的剂量便可产生较强治疗效应和较长的作用时间,并能减毒减副作用。(3)穴位注射的三重效应。侯湘^[23]将穴位注射的疗效总结为“三重效应”:①即时效应,在进针数分钟及数小时内产生,多为针刺和药物注入对局部刺激而引起;②慢效应,可在治疗数小时至 1 d 内出现,与药物在穴区进行生物化学作用有关;③后作用,是在前两个治疗效应基础上调动和恢复患者自身的调节功能而实现。在这个过程中,经穴和药物的亲和性、归经性、直达性、趋病性、速效性及延长性等特殊功能,促成了穴注的高效和速效,在穴位注射治疗机制中起到了关键作用^[24]。穴位注射机理目前尚未取得突破性进展,而且与针灸的机理似乎有一定的区别,穴位注射与血药浓度、神经系统没有直接关系,一些学者从经络是多孔介质通道、经穴有类似半导体特性、微量元素对穴位药效的影响,第二信使参与等角度进行探索^[22]。

3 小结

目前有关于穴位贴敷、穴位注射防治化疗后恶心、呕吐的报道有很多,但这两种中医方法之间哪种更优,未有比较。如果能通过观察和研究,总结出防治化疗所致恶心呕吐效果更优的中西医结合治疗方法,或许将在增强不同体质患者对化疗的耐受性,减少患者的痛苦,减轻患者的医疗费用,提高患者化疗期间生活质量等方面发挥重要作用。

参 考 文 献

- [1] Albert Tuca, Rosa Roca, Carme Sala, et al. Efficacy of granisetron in the antiemetic control of non-surgical intestinal obstruction in advanced cancer: a phase II clinical trial[J]. Journal of Pain and Symptom Management, 2009, 37(2): 259.
- [2] Mitsue Saito, Kenjiro Aogi, Ikuo Sekine, et al. Palonosetron plus dexamethasone versus granisetron plus dexamethasone for prevention of nausea and vomiting during chemotherapy: a double-blind, double-dummy, randomised, comparative phase III trial[J]. The Lancet Oncology, 2009, 10(2): 115.
- [3] 黄琛, 刘晓彩. 穴位贴敷疗法预防化疗引起的恶心呕吐的疗效观察[J]. 中医药导报, 2009, 15(4): 67-69.
- [4] 黄杰, 周映伽. 止呕散穴位贴敷防治顺铂所致消化道反应的临床观察[J]. 昆明医学院学报, 2012, 33(1): 48-50.
- [5] 丘平, 申翔. 穴位贴敷疗法治疗乳腺癌化疗后恶心呕吐 21 例[J]. 云南中医中药杂志, 2013, 34(6): 515-512.
- [6] 叶忠伟. 止逆散贴脐联合昂丹司琼针防治恶性肿瘤患者化疗后恶心呕吐 60 例[J]. 浙江中医杂志, 2013, 48(12): 885.
- [7] 张东焱, 郑燕飏, 汪力慧, 等. 半苏散敷脐治疗肿瘤化疗呕吐反应 72 例[J]. 中国中医急症, 2009, 18(6): 9819-9882.
- [8] 蔡智慧, 张翠英, 李卉, 等. 穴位贴敷治疗恶性肿瘤患者化疗引起的恶心呕吐的临床研究[J]. 实用临床医药杂志, 2013, 17(19): 787-789.
- [9] 袁敏, 彭莉. 止吐膏穴位贴敷预防肿瘤化疗时呕吐的观察[J]. 中国基层医药, 2014, 21(9): 1290-1291.
- [10] 申建中. 胃复安足三里穴位注射防治化疗恶心呕吐临床体会[J]. 中国中医急症, 2009, 18(12): 20532-20054.
- [11] 范晋文. 穴位注射止吐药防治动脉灌注化疗所致消化道反应的疗效观察[J]. 光明中医, 2012, 27(11): 22722-22273.
- [12] 程艳. 维生素 B₆、胃复安足三里穴位注射防治顺铂化疗致呕吐的观察及护理[J]. 中国实用医药, 2013, 8(7): 247.
- [13] 芦殿荣, 芦殿香, 魏萌. 穴位注射对含顺铂化疗患者化疗相关恶心呕吐影响的临床试验研究[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(10): 33-38.
- [14] 刘增慧, 肖扬, 蒋祖军, 等. 足三里穴位注射异丙嗪治疗血液系统肿瘤化疗后顽固性呕吐的疗效观察[J]. 广东医学, 2011, 32(13): 1769-1770.
- [15] 易海燕. 穴位贴敷配合穴位注射对肺癌化疗后恶心呕吐的护理干预[J]. 湖南中医杂志, 2014, 30(3): 94-96.
- [16] 朱慧, 卢惠珍, 李雪芬. 生姜贴敷配合穴位注射预防化疗后呕吐疗效观察[J]. 护理学杂志, 2006, 21(1): 52-53.
- [17] 燕平, 冀来喜, 郝重耀, 等. 膈穴组方对急性胃黏膜损伤大鼠胃黏膜形态学的影响[J]. 中国针灸, 2003, 23(4): 217-219.
- [18] 李学斌. 针灸推拿全书[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 1999: 124.
- [19] 刘未艾, 叶德宝. 穴位贴敷疗法透皮给药的研究进展[J]. 中医药通报, 2004, 3(4): 59-62.
- [20] 董洪涛, 李静. 经络穴位经皮给药系统的机理研究[J]. 河北中医药学报, 1998, 13(4): 36-37.
- [21] 李孟汉, 郭义. 穴位注射研究进展与展望[J]. 针灸临床杂志, 2010, 26(10): 69-72.
- [22] 康志强. 穴位注射作用效应及机制的研究进展[J]. 浙江中西医结合杂志, 2010, 20(2): 119-120.
- [23] 侯湘. 穴位注射止痛三重效应探讨[J]. 中国针灸, 2001, 21(2): 117.
- [24] 倪峰, 林静瑜. 穴位注射疗法作用机制探讨[J]. 中国针灸, 2003, 23(10): 609-611.

(收稿日期 2014-09-02)

《中国中医急症》杂志稿约

《中国中医急症》杂志为国家中医药管理局主管、中华中医药学会和重庆市中医研究院主办的全国性专业学术期刊, ISSN 1004-745X, CN 50-1102/R。《中国中医急症》杂志现为中国科技核心期刊、中国科技论文统计源期刊、中国学术期刊数据库源期刊。《中国中医急症》杂志刊发的论文全文收入“CNKI 中国期刊全文数据库(中国知网)”、“万方数据——数字化期刊群和中文科技期刊数据库”与“维普资讯网”。

《中国中医急症》杂志以推动中医急症学术进步为宗旨, 报道中医(含中西医结合、中医药疗法参与)急症的新进展、新技术、新成果, 刊载有关急症的中医(含中西医结合、中医药疗法参与)治疗、预防、康复、科研、教学、护理和组织建设等内容的论文, 杂志设有专家论坛、述评、临床研究、理论研究、证治研究、文献研究、实验研究、制剂工艺研究、名医经验、专题研讨、急诊工作建设、急诊教研、综述、临床报道、临证经验、护理等栏目。欢迎作者为以上栏目投稿。

中医药治疗舒张性心力衰竭的研究进展*

靳宏光¹ 屈洪波²

(1. 长春中医药大学附属医院, 吉林 长春 130021; 2. 吉林省中医药科学院, 吉林 长春 130021)

中图分类号: R541.6+1 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0120-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.044

【关键词】 中医药 舒张性 心力衰竭 综述

心力衰竭(HF)简称心衰,是各种心脏病的严重阶段,发病率逐年增长,有临床症状患者的 5 年存活率与恶性肿瘤相仿,正在成为危害人类健康的重要心血管疾病。心力衰竭根据发生机制可分为收缩性心力衰竭(SHF)和舒张性心力衰竭(DHF)两种类型。20 世纪末 RAAS 抑制剂和 β 受体阻滞剂的应用,明显改善了 SHF 患者的预后,提高了生存年限,但近年来的一系列临床研究表明,DHF 患者并不能从中获益,因此亟需加强 DHF 的临床研究。近年来中医学者从辨证论治入手,结合现代医学对本病的认识,在 DHF 的治疗上取得了一定的进展,体现了中医学治疗本病所具有的特色优势,现综述如下。

1 病因病机

中医学中并无舒张性心力衰竭之名,中医对本病的认识包含在对心力衰竭的认识当中,归属于“心悸”、“喘证”、“水肿”、“心水”、“痰饮”、“心痹”、“虚劳”等病证范畴。近年来现代中医医家在深入研究中医古籍的基础上,结合临床实践,认为本病为本虚标实之证,本虚为气虚阳虚阴虚,标实为血瘀水停痰饮。属标本俱病,虚实夹杂之证。邓铁涛^[1]认为 DHF 的病位在心,心主火,是阳中之阳,因此,病机的关键为心阳虚衰,推动乏源,血行不畅,“血不利则为水”,故标实以痰饮、水停、瘀血之邪为主。李晓^[2]认为 DHF 是本虚标实证,其发生是由于气虚损害肺脾肾功能,无力运血,阻碍津液生化,故以气虚为本,痰瘀阻络为标。疾病初期以气阴虚为多见,疾病后期多为阳气虚衰、痰瘀阻滞。江宏革^[3]认为 DHF 的发病机理主要是心脾肺肾阳气虚为本,水湿痰饮、血瘀为标,其病理性质属本虚标实。马连珍^[4]认为,其症状当属《伤寒论》少阴病少阴寒化证范畴,病机为心肾阳气虚衰,病位在心肾,但与肺肝脾有关,涉及气阳虚衰和血瘀水停,其主要病机为久病心阳虚衰,血运无力,营血输布失常,瘀血水湿内生,病位在心,病

性为虚实兼杂,标本互见,以气虚阳虚为本,瘀血、水湿等为标。潘剑^[5]研究发现,随着心功能分级的递增、HF 患者由本虚证逐渐转变为本虚夹实证。患者本虚一般是由初期的气虚进展为气阳虚、气阴两虚,标实则有血瘀、水饮、痰浊的不同。由于左室舒张功能不全一般在收缩功能不全之前出现,此阶段患者多表现为心气虚的证候,因此认为气虚是 DHF 的发病基础。

2 辨证分型

DHF 的中医辨证分型因缺乏大规模的临床研究,目前尚无统一的标准,不同的学者根据患者的症舌脉等通过统计学的方法对 DHF 进行分型。邓乐巧等^[6]对 86 例 DHF 患者的中医证候进行聚类分析,结果显示常见 4 种证型,分别为心脾两虚、气血亏虚型;心肾阳虚、痰瘀水互结型;脾胃气虚、痰浊中阻型;肝肾阴虚、肝阳上亢型。杨海燕等^[7]通过对 837 例 DHF 患者的中医证候经过类聚分析,认为可分为 5 个证型,分别为肝肾阴虚、肝阳上亢型;心肾阳虚、水瘀互结型;脾胃气虚、痰瘀互结型;心肾不交、气阴两虚型;心脾两虚、气血亏虚型。梅宇欣^[8]通过对 80 例 DHF 患者研究发现,各证型出现的频次从高到低依次是气虚证、血瘀证、痰湿证、阳虚证、阴虚证、痰热证、火旺证。张济海^[9]通过对 85 例 DHF 患者进行分析后,将 DHF 患者中医辨证为心脾阳虚证、心肾阳虚证、气虚血瘀证、气阴两虚证 4 型。

3 治则治法

3.1 治则 因 DHF 气虚血瘀贯穿始终,故益气活血是治疗该病的基本原则。DHF 早期多兼有阴虚,故治疗上常加用养阴之品,后期往往出现阳虚,故在原有基础上加用温阳之品。

3.2 治法 (1) 益气活血法。李晶洁等^[10]应用具有益气活血作用的养心汤治疗 DHF 的随机对照观察中,治疗组 2 个月总有效率显著好于对照组($P < 0.05$),治疗组的左室舒张功能较对照组改善明显。赵桂峰等^[11]采用随机对照方法观察益气活血中药(生黄芪、丹参、川

* 基金项目: 国家中医临床研究基地业务建设科研专项课题 (JDZX2012067)

芎、檀香、桂枝、炙甘草)治疗 DHF 的临床试验中,治疗组总有效率、治疗前后 E 峰值、A 峰值、E/A 及 BNP 均较对照组有明显改善。康素娴等^[12]加用参附注射液治疗气虚血瘀型 DHF 患者,结果发现参附组在 SF-36 评分、6 min 步行距离、中医证候改善等方面均明显优于对照组和治疗前。梅思军^[13]应用补阳还五汤及五苓散加减治疗 DHF,疗程 3 个月,结果治疗组总有效率明显优于对照组。(2)益气养阴活血法。祝兴超等^[14]应用随机对照方法观察具有益气养阴活血作用的参兰汤治疗 DHF,发现治疗组 BNP 水平及 6 min 步行距离均优于对照组。丁亚芳^[15]应用具有益气养阴、利水祛痰、活血祛瘀作用的自拟方治疗气阴两虚型 DHF,结果显示,治疗组在总疗效、心功能疗效、中医证候疗效、左室舒张功能(E 峰值、A 峰值、E/A)、血浆 BNP 浓度等方面均优于对照组。胡晓贞^[16]采用舒心方(玉竹、麦冬、黄芪、赤芍、丹参等组成)治疗冠心病 DHF 患者,结果发现舒心方对舒张性心衰症状、体征,以及 NT-proBNP 均有明显疗效。覃裕旺等^[17]观察养心通脉饮(黄芪、五味子、炙甘草、红参、麦冬、赤芍、玉竹、木香、丹参组成)对 DHF 患者左心室舒张功能的影响,结果发现治疗组在总疗效及左心室舒张功能(E 峰值、A 峰值、E/A)方面均优于对照组($P < 0.05$)。常晟等^[18]在常规西药治疗基础上加用益气活血养阴方(太子参 15 g,川芎 20 g,百合 30 g,生地黄 15 g,黄芪 15 g,赤芍 15 g,当归 10 g,麦冬 20 g,丹参 15 g,益母草 20 g)治疗本病,结果治疗组在中医证候疗效、6 个月后再住院率和病死率方面较对照组有显著性差异。(3)益气温阳活血法。高放^[19]将 65 例符合 DHF 纳入标准的住院病人随机分为治疗组和对照组,治疗组在常规西药治疗基础上加服参附舒心汤,疗程为 4 周,结果发现治疗组在总有效率、中医症状积分、左室舒张功能及血浆 BNP 方面均明显优于对照组。刘振等^[20]将 70 例 DHF 患者随机分为两组,治疗组在常规西药治疗基础上加用济生肾气丸方加减治疗,疗程 4 周,结果治疗组在临床疗效、6 min 步行距离、生活质量指数及 NYHA 心功能分级等各项指标均优于对照组。陈一峰^[21]将 32 例 DHF 患者随机分为两组,治疗组在常规西药治疗基础上加用苓桂术甘汤合血府逐瘀汤,疗程 2 周,结果治疗组总有效率 96.88%,对照组总有效率 74.19%,治疗组疗效优于对照组。池豪等^[22]加用具有益气温阳、活血通络、利水消肿功效的芪苈强心胶囊(黄芪、附子、人参、丹参、葶苈子等组成)治疗 DHF,结果发现治疗组总有效率 92%,明显优于对照组的 68%,在改善左室舒张功能指标(E 峰值、A 峰值、E/A)方面治疗组也明显优于对照组。

4 问题和展望

近年来,中医药治疗 DHF 已取得了很大进展,尤

其在改善心脏功能、缓解临床症状及提高生活质量方面均起到积极的作用,且不良反应小,对于 DHF 的长期用药具有重大调节作用。但中医药治疗 DHF 仍存在诸多不足。首先,对 DHF 的辨证施治缺乏统一、完善的规范体系,主要以临床经验为主导,对方剂的选择、药味及剂量的加减随意性大,研究重复性差;其次,许多临床研究多停留于小样本及近期疗效,缺乏中期及远期疗效评价。因此,笔者希望今后在 DHF 的中医药治疗研究中,能逐渐形成一套完整的、统一的临床规范体系,同时通过大规模、多中心、随机对照的临床研究,应用循证医学理论,为 DHF 的长期中医药治疗提供依据。

参 考 文 献

- [1] 刘泽银,邓铁涛.暖心胶囊治疗舒张性心力衰竭的临床研究[J].广州中医药大学学报,2007,11(24):449-451.
- [2] 李晓.益气化痰活血法治疗老年舒张性心力衰竭的辨治体会[J].云南中医药杂志,2010,31(5):89-90.
- [3] 江宏革.温化水汤治疗 84 例舒张性心力衰竭临床分析[J].光明中医,2010,25(8):1418-1419.
- [4] 孙媛.马连珍以参附强心丸辨治慢性心衰经验[J].中国中医基础医学杂志,2012,18(7):745-746.
- [5] 潘剑.中医辨证在慢性充血性心力衰竭治疗中的应用[J].福建中医药,2007,38(4):56-57.
- [6] 邓乐巧,金艳蓉,杨海燕,等.心脏舒张功能不全中医辨证聚类研究[J].中国中医药信息杂志,2005,12(10):12-14.
- [7] 杨海燕.心脏舒张功能不全中医辨证模式初探[A].第 2 届全国中西医结合心血管病中青年论坛暨第 2 届黄河心血管病防治论坛资料汇编,2011.
- [8] 梅宇欣.舒张性心力衰竭患者中医辨证分型特点的研究[D].北京:北京中医药大学,2011:3.
- [9] 张济海.中西医结合治疗舒张性心力衰竭 85 例观察[J].中国自然医学杂志,2004,6(4):282.
- [10] 李晶洁,于彦伟,王召军,等.养心汤治疗舒张性心力衰竭的临床研究[J].中医药信息,2012,29(1):63-65.
- [11] 赵桂峰,王占武,马学鹏.益气活血法治疗左心室射血分数正常心力衰竭 40 例临床观察[J].河北中医,2012,34(2):181-183.
- [12] 康素娴,张瑜,赵芳,等.参附注射液对老年气虚血瘀型舒张性心力衰竭患者生存质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2014,23(10):1060-1061.
- [13] 梅思军.舒张型心力衰竭的临床特点及治疗分析[J].光明中医,2012,27(8):1551-1552.
- [14] 祝兴超,冯凯.中西医结合治疗舒张性心功能不全临床观察[J].山西中医,2011,27(5):25-26.
- [15] 丁亚芳.中西医结合治疗舒张性心力衰竭(气阴两虚型)的临床研究[D].沈阳:辽宁中医药大学,2011.
- [16] 胡晓贞.舒心方治疗舒张性心力衰竭气阴两虚型 61 例[J].陕西中医,2014,35(6):650-651.
- [17] 覃裕旺,卢健祺,朱智德,等.养心通脉饮对舒张性心力衰竭患者左心室舒张功能的影响[J].中国卫生产业,2014,3(18):187-188.

- [18] 常晟, 宫丽鸿. 中西医结合治疗舒张性心力衰竭临床疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2014, 14(1): 37-38.
- [19] 高放. 参附舒心汤治疗老年冠心病舒张性心力衰竭患者及其血浆脑钠肽水平影响的临床疗效观察[D]. 贵阳: 贵阳中医学院, 2010.
- [20] 刘振, 陈荣. 济生肾气丸方治疗心肾阳虚型舒张性心力衰竭疗效观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2011, 32(20): 3299-3300.
- [21] 陈一峰. 苓桂术甘汤合血府逐瘀汤配合西药治疗舒张性心力衰竭 32 例[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 25(10): 40-41.
- [22] 池豪, 杨东伟, 刘新叶. 芪苈强心胶囊联合美托洛尔治疗舒张性心功能不全的疗效观察[J]. 中国实用医药, 2014, 9(10): 187-188.

(收稿日期 2014-07-27)

(上接第 110 页)

IL-12 被认为是细胞免疫应答过程中的关键调节因子^[5-6], 已成为肿瘤免疫治疗及综合治疗中的热点。

培元抗癌汤是根据中医基础理论, 通过丰富的临床经验, 在大量临床应用的基础上, 结合现代药理学研究进展, 精心研制成的抗恶性肿瘤发生、发展、复发和转移的中药制剂。“正气存内, 邪不可干”, “邪之所凑, 其气必虚”。疾病的发生、发展都是因正、邪相争, 正气不足, 正不胜邪而致, 肿瘤的发生、发展和转移亦然, 故治疗当以《难经》所言之“补不足, 损有余”, 即以扶正祛邪为立方原则。肿瘤从发生至转移必先因正气不足, 后疾病发展而致正气更虚, 因此, 扶正固本抗癌在治疗肿瘤的过程中意义重大。肿瘤的主要特征是“肿块、固定不移、痛有定处”等, 其从形成开始, 就存在“瘀血内阻”的现象。“气为血之帅, 血为气之母”, 气能摄血行血, 血能载气化气, 气虚则血行无力而致瘀血, 瘀血内阻化气受限, 则气虚更重。气虚血瘀互为因果, 形成恶性循环。故肿瘤早期以血瘀为主, 中期气虚血瘀并重, 到晚期则以气血两虚为主, 基本病机是气虚血瘀, 虚实夹杂, 故以益气活血化瘀, 扶正培本抗癌为治法。培元抗癌汤主要由西洋参、白花蛇舌草、炒白术、黄芪、土茯苓、仙鹤草、厚朴、炙甘草等组成, 方中西洋参味甘、微苦, 性凉, 能益气养阴, 清火生津; 白花蛇舌草与西洋参同用可清热生津、补气养阴、解毒、抗癌, 二者一攻一补, 共奏益气养阴、活血化瘀之效, 且驱邪不伤正, 共为君药。白术健脾化湿, 研究表明其能使免疫功能低下的小鼠的 TH 细胞数明显增加, 提高 TH/TS 比值, 纠正 TC 细胞亚群分布紊乱状态, 可使低下的 IL-2 水平显著提高, 并能增加 T 淋巴细胞表面 IL-2R 的表达^[6]; 黄芪, 味甘, 性微温, 归肺、脾经, 功能补中益气, 益卫固表, 健脾利水, 托毒生肌; 仙鹤草具有攻坚活血、化瘀散结止痛的功

效, 现代药理证实, 仙鹤草有抑制肿瘤细胞增殖的作用; 土茯苓具有解毒、除湿、利关节的功效, 可用于治疗梅毒、淋浊、肿瘤等疾病, 土茯苓总皂苷具有一定的抗肿瘤活性; 甘草补脾益气、清热解毒、缓急止痛、调和诸药。诸药合用, 共奏益气养阴, 活血化瘀, 解毒消积止痛, 充分体现了扶正而不留邪, 驱邪而不伤正的治疗原则。

综上所述, 培元抗癌汤中诸药具有直接抑瘤或杀瘤细胞作用, 能增强宿主免疫功能, 抑制血栓形成及抗菌消炎。本研究结果显示, 培元抗癌汤对小鼠 CT26 肝转移小鼠肿瘤组织及肿瘤细胞的浸润转移具有抑制作用, 提升血清中 IL-12 的表达, 这可能是其抗恶性肿瘤发生发展的作用机理之一, 其确切机理有待进一步研究。

参 考 文 献

- [1] Xu XL, Yu J, Zhang HY, et al. Methylation profile of the promoter CpG islands of 31 genes that may contribute to colorectal carcinogenesis [J]. World J Gastroenterol, 2004, 10(23): 3441-3454.
- [2] 董志伟, 谷铤之. 临床肿瘤学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 941-969.
- [3] 王庆才. 仲景方药与肿瘤临床[J]. 辽宁中医杂志, 2000, 27(8): 344.
- [4] 秦伯益. 新药评价概论[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 339.
- [5] Kobayashi M, Fitz L, Ryan M, et al. Identification and purification of natural killer cell stimulatory factor (NKSF), a cytokine with multiple biologic effect on human lymphocytes [J]. J Exp Med, 1989, 170(3): 827-845.
- [6] 顾奎兴. 恶性肿瘤中医治疗[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2005: 9.

(收稿日期 2014-10-12)

· 临床观察 ·

肠梗阻导管联合加味小承气汤治疗术后早期炎性肠梗阻*

钱培贤¹ 杨卫锋¹ 叶 锋²

(1. 浙江省长兴县中医院, 浙江 长兴 313100; 2. 浙江大学附属第一医院, 浙江 杭州 310003)

中图分类号: R574.2 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0123-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.045

【摘要】目的 观察肠梗阻导管联合加味小承气汤在术后早期炎性肠梗阻的治疗效果。**方法** 回顾性分析 2004 年 1 月至 2013 年 12 月收治的术后早期炎性肠梗阻病例 71 例资料, 收集并比较常规治疗(对照组)和常规治疗加用肠梗阻导管联合加味小承气汤(治疗组)的临床资料。**结果** 经治疗 48 h 后, 治疗组平均腹围减少长度为 (10.8 ± 5.2) cm, 明显多于对照组 (5.8 ± 2.4) cm ($P < 0.05$); 治疗组恢复肛门排气时间为 (3.3 ± 1.2) d, 自觉症状缓解时间 (3.5 ± 2.2) d, 治愈时间 (8.9 ± 4.5) d, 明显短于对照组的 (6.5 ± 2.8) d、 (6.9 ± 2.9) d、 (15.8 ± 6.2) d (均 $P < 0.05$)。两组无效病例差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 肠梗阻导管联合加味小承气汤治疗术后早期炎性肠梗阻, 加快了肠功能的恢复, 缩短梗阻解除时间。

【关键词】 术后早期炎性肠梗阻 肠梗阻导管 小承气汤

Effect of Ileus Tube and Xiaochengqi Decoction in Early Postoperative Inflammatory Small Bowel Obstruction QIAN Peixian¹, YANG Weifeng¹, YE Feng². 1 Changxing Hospital of TCM, Zhejiang Province, Zhejiang, Changxing 313100, China; 2 The First Affiliated Hospital, Zhejiang University, Zhejiang, Hangzhou 310003, China

【Abstract】Objective: To explore the clinical effects of ileus tube and Xiaochengqi Decoction combined with routine treatment in treatment of early postoperative inflammatory small bowel obstruction (EPISBO). **Methods:** 71 patients with EPISBO were retrospectively analyzed, and the clinic data of ileus tube and Xiaochengqi Decoction combined with routine treatment, which was used in the treatment group were compared with that of routine treatment, which was used in the control group. **Results:** After 48 hours digestion drainage, abdominal circumferences of the patients were reduced in the treatment group (10.8 ± 5.2) cm more than that in the control group (5.8 ± 2.4) cm ($P < 0.05$). The time of flatus (3.3 ± 1.2) d, obstruction recovery (3.5 ± 2.2) d and healing (8.9 ± 4.5) d in the treatment group were shorter than those in the control group. (6.5 ± 2.8) d, (6.9 ± 2.9) d and (15.8 ± 6.2) d respectively ($P < 0.05$). **Conclusion:** The ileus tube and Xiaochengqi Decoction combined with routine treatment is more effective to treat EPISBO than routine treatment, such as more quick flatus, more quick obstruction recovery.

【Key words】 Early postoperative inflammatory small bowel obstruction; Ileus tube; Xiaochengqi Decoction

肠梗阻是腹部手术后较常见的并发症, 术后早期炎性肠梗阻(EPISBO), 一般发生在腹部手术后 1~3 周内, 系指由于腹部手术创伤或腹腔内炎症等原因导致肠壁水肿和渗出形成机械性与动力性同时存在的一种特殊类型肠梗阻^[1], 约占术后肠梗阻的 20%^[2]。目前 EPISBO 多采取保守治疗方法^[3]。本组在常规治疗的基础上增加了肠梗阻导管联合加味小承气汤治疗 EPISBO, 并与常规非手术方法比较。总结报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准: 有近期腹部手术史, 尤其

是反复手术的历史; 有明显的肠梗阻表现; 查体发现腹部质地坚韧; 腹部 CT 表现为病变区域肠壁水肿增厚, 边界不清, 没有高度扩张的肠管; 排除机械性肠梗阻和麻痹性肠梗阻^[4]。

1.2 病例资料 收集浙江大学附属第一医院肛肠外科和浙江省长兴县中医院外科 2004 年 1 月至 2013 年 12 月收治的术后早期炎性肠梗阻病例 71 例。其中男性 38 例, 女性 33 例; 平均年龄 (62.8 ± 12.4) 岁。所有患者均接受常规治疗, 包括胃管减压、纠正水/电解质和酸碱平衡、肠外营养、生长抑素, 其中 35 例患者经内镜辅助置入经鼻型肠梗阻导管行小肠减压术, 当该导管前置气囊开始下移后即给予加味小承气汤及少量肠内

* 基金项目: 浙江省自然科学基金项目(Y13H030007)

营养。采用单纯常规治疗患者设为对照组,采用中西医结合治疗患者设为治疗组,两组一般资料差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	男/女 (n)	年龄 (岁)	既往腹部 手术史(n)	EPISBO 发生时间(d)	原发疾病手术方式(n)			
						胃肠恶 性肿瘤	胃肠良 性疾病	肝胆道 炎症	肝胆道 恶性肿瘤
治疗组	35	20/15	65.1 $\pm$ 10.5	5	14.2 $\pm$ 5.5	20	5	5	5
对照组	36	18/18	61.5 $\pm$ 15.5	7	12.2 $\pm$ 6.1	21	3	6	6

1.3 治疗方法 对照组进行常规治疗,予禁食、持续胃肠减压、纠正水/电解质紊乱、完全胃肠外营养(以静脉营养)、广谱抗生素及甲硝唑;及使用施他宁(雪兰诺有限公司,瑞士)。治疗组在对照组基础上使用肠梗阻导管(Create Medic 公司,日本),该导管长 3 m,含有 3 腔 2 囊。首先将肠梗阻导管由鼻腔经食管插入胃内,再经口插入胃镜,然后在其引导下将肠梗阻导管带入幽门,并缓慢推入十二指肠。此时向前置气囊内注入 10~15 mL 的 0.9%氯化钠注射液,体外段导管接负压吸引器。其后进行 X 线下透视,确认导管的走行状态。每日经管冲洗肠道数次,间断加压吸引,尽量保持引流畅通。肠梗阻导管靠前端导引子的钻顶及水囊重力作用可边吸引边向远端行进,并且每天拍腹部平片 1 次,与前次摄片进行对比,观察导管的行进和肠管积气液体的增减^[5]。通过肠梗阻导管造影可分析肠梗阻的原因及部位,决定是否进行手术及手术方式。当该导管前置水囊开始下移后(一般在导管置入后第 1 日)即给予加味小承气汤:党参、黄芪、丹参各 30 g,红藤、黄芩各 15 g,厚朴、枳实各 10 g,生大黄 12 g。呃逆加丁香 10 g;脾虚加山药 20 g。每日 1 次口服。

1.4 观察指标 观察并收集两组患者胃肠减压引流量、腹围恢复程度、恢复排气时间、自觉症状缓解时间、治愈时间及治愈率,其中符合肛门每日排气排便正常、24 h 鼻胃管引流液不大于 400 mL、肠鸣音恢复且饮食后梗阻无复发等标准者定为治愈^[4]。两组患者均须严密观察,若症状无缓解,加重或出现腹膜炎症状则改用手术探查治疗。

1.5 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件处理。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验及秩和检验;计数资料采用 χ^2 检验和确切概率检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

经治疗 48 h 后,治疗组 33 例腹痛、腹胀减轻,所有患者平均腹围减少(10.8 $\pm$ 5.2) cm,对照组 21 例症状明显减轻,所有患者平均腹围减少(5.8 $\pm$ 2.4) cm,两组之间有明显差别($P<0.05$);治疗组恢复肛门排气时间为(3.3 $\pm$ 1.2) d,自觉症状缓解时间(3.5 $\pm$ 2.2) d,治愈时

间(8.9 $\pm$ 4.5) d,明显短于对照组,分别为(6.5 $\pm$ 2.8) d, (6.9 $\pm$ 2.9) d 和(15.8 $\pm$ 6.2) d(均 $P<0.05$)。治疗组 33 例治愈,2 例中转手术(5.71%),其中 1 例导管无法下移造影发现吻合口狭窄;1 例缓解腹胀消失,肛门排气,拔管后梗阻复发而中转手术,术中发现小肠粘连成角,手术后恢复良好均获得了治愈。对照组 33 例治愈,无效中转手术 3 例(8.33%),术中发现小肠粘连成角或周围粘连压迫,再次手术后 1 例出现肠漏经长期保守治疗好转,其他均获得快速治愈。两组疗效比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

EPISBO 的概念最早是由黎介寿提出的,是术后肠梗阻的一种特殊类型,91%患者在 2 周内发病,临床上并不少见^[1]。EPISBO 是由于腹部手术创伤或腹腔内炎症等原因导致肠壁充血、水肿、纤维蛋白渗出,导致肠管粘连、肠蠕动减缓、肠腔阻塞,出现肠梗阻的临床表现^[6]。除因肠麻痹以及肠扭转、吻合口狭窄等机械因素造成外,绝大多数是由腹腔炎症、手术创伤所引起的机械性与动力性并存的炎症性肠梗阻,很少发生绞窄性肠梗阻^[7]。目前主张术后早期炎症性肠梗阻治疗方法主要是肠外营养,同时辅助生长抑素,必要时加用糖皮质激素,在肠蠕动恢复阶段还可应用肠动力药以促进梗阻肠道运动功能的恢复。国内外文献报道,肠梗阻导管、泛影葡胺、中医药治疗等促进胃肠动力的方法也显示一定的治疗效果^[5,8]。

本组病例经常规或中西医结合方法治疗,除完全成角粘连或吻合口狭窄的 5 例,其他 66 例(92.96%)患者均获得治愈,同样表明保守治疗是行之有效的方法,而做手术探查的决定需要慎重考虑。

本组在常规治疗的基础上引进了肠梗阻导管和加味小承气汤的中西医结合的治疗方法,与常规治疗比较显示了明显的优点。经鼻型肠梗阻导管行至小肠内减压与普通胃肠减压比较,显示引流量明显增多量和腹围明显减少。因为肠梗阻导管可以推进至更深的部位,能有效地降低梗阻近端肠管内压力。同时由于肠梗阻导管引流解决了肠管内高压,并改善了肠壁血供,从而有利于肠蠕动恢复。本组研究显示了治疗组的恢复排气时间及梗阻缓解时间也明显缩短。

此外肠梗阻导管应用后即可进肠内营养而无加重梗阻之虞,因为一方面经口给予肠内营养可在导管头端以上的肠管进行吸收;另一方面不能吸收的流质液体可被导管再引流。肠梗阻导管还可在长期不能解除梗阻时用于造影,只要调整后置气囊注水而前置气囊抽水,即可以保证造影剂只向前运动,利于发现梗阻部位和梗阻性质。本治疗组中 2 例因完全成角粘连或吻合口狭窄而再次手术,术中在肠梗阻导管指示下极易

定位梗阻点,并在解除粘连和梗阻后使用导管支撑和小排列肠防止梗阻再发,均获得了治愈。因此肠梗阻导管不仅达到肠减压的目的,而且在诊断及后续治疗上也体现了积极的意义^[5]。

中医认为肠腑为“传化之腑”,术后早期炎症性肠梗阻符合中医“肠结”、“关格”的范畴。大病术后多正气耗损或不足,枢机不利,传导失司而血瘀气滞则肠液停留肠间,导致肠壁传导失调,而腑实脏虚导致腑气不通。所以中医治疗肠梗阻强调:建立基本治则为通腑、补气、活血、清余热。而小承气汤基本方为生大黄通里攻下;厚朴、枳实下肠胃积滞;红藤、丹参活血化瘀,使肠壁水肿减轻,减少粘连发生;黄芩、党参补益正气,推进肠道运动,佐以黄芩清热消炎,使攻下而不伤正气,扶正而不留邪,使正气足、脉络通、气机畅、腑气通,以达功效^[9]。本研究显示:加味小承气汤联合肠梗阻导管组有效率高于常规组,术后恢复排气时间、自觉症状缓解时间和治愈时间均较西医常规组明显缩短($P < 0.05$)。提示早期联用小承气汤和肠梗阻导管治疗能促进术后早期炎症性肠梗阻患者肠道功能恢复,达到减轻患者痛苦,早日康复的目的。另外,在其他临床使用肠梗阻导管时,笔者观察到部分病例出现导管在非梗阻部位下移滞缓,而本组的良好疗效可能与联合加味小承气汤促进肠蠕动而加快导管的下移有关。当然这有待于进一步比较联合加味小承气汤与不联合对肠梗阻导管使用的疗效差异来证实。

总之,肠梗阻导管联合加味小承气汤治疗术后早期炎症性肠梗阻,加快了肠功能的恢复,缩短梗阻解除时间,治疗效果优于常规西医治疗方法。

参 考 文 献

- [1] 黎介寿. 认识术后早期炎症性肠梗阻的特性[J]. 中国实用外科杂志, 1998, 18(7): 387-388
- [2] Stewart RM, Page CP, Brender J, et al. The incidence and risk of early postoperative bowel obstruction[J]. Am J Surg, 1987, 154(6): 643-647.
- [3] 尹路, 黎介寿, 李宁, 等. 腹部手术后早期炎症性肠梗阻的处理[J]. 南京大学学报: 自然科学版, 1997, 33(1): 32-36.
- [4] 朱维铭, 李宁. 术后早期炎症性肠梗阻的诊治[J]. 中国实用外科杂志, 2000, 20(8): 456-458.
- [5] 陈小丽, 季峰, 林琪, 等. 胃镜下经鼻型肠梗阻导管置入术治疗急性肠梗阻的疗效观察[J]. 中华消化内镜杂志, 2011, 28(9): 522-524.
- [6] 朱维铭, 李宁, 黎介寿, 等. 术后早期炎症性肠梗阻的治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2002, 22(4): 219-221.
- [7] Pickleman J, Lee RM. The management of patients with suspected early postoperative small bowel obstruction[J]. Ann Surg, 1989, 210(2): 216-219.
- [8] 巫栢棵, 熊慧生, 蒋参. 肠梗阻的中医治疗进展[J]. 中国中医急症, 2013, 22(9): 1572-1574.
- [9] 范妙璇, 王宏洁, 李晓明, 等. 小承气汤化学成分研究及挥发油成分分析[J]. 中国中药杂志, 2008, 33(9): 1027-1029.

(收稿日期 2014-04-25)

喘可治氧喷对慢性阻塞性肺疾病急性加重期机械通气患者撤机的影响

严 理 杨 盼 赵 雷 钱义明[△]

(上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院, 上海 200437)

中图分类号: R563.9 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0125-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.046

【摘要】目的 观察喘可治氧喷对慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)机械通气患者撤机的影响。**方法** 将 60 例 AECOPD 机械通气患者随机分为两组, 各 30 例。对照组给予机械通气、抗感染等基础治疗。治疗组在对照组治疗的基础上加用喘可治注射液 4 mL 氧喷。两组疗程均为 7 d。**结果** 治疗后治疗组患者的 C 反应蛋白、肿瘤坏死因子、氧合指数、呼吸功能评分改善程度均显著优于对照组($P < 0.05$); 治疗组带机时间较对照组明显缩短, 撤机成功率显著高于对照组($P < 0.05$)。**结论** 喘可治氧喷有利于 AECOPD 机械通气患者拔管撤机, 对缩短机械通气带机时间有一定的帮助。

【关键词】 喘可治 氧喷 慢性阻塞性肺疾病急性加重期 机械通气 撤机

慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)所致的严重急性呼吸衰竭是临床常见危重症。在重症监护病

房(ICU)有创机械通气是主要的支持手段。延长的机械通气会引起严重的并发症, 使死亡率升高, 由此带来的巨大的经济和社会负担。喘可治注射液临床多用于哮喘、慢性阻塞性肺疾病(COPD)等呼吸系统疾病, 但

[△]通信作者(电子邮箱: yanli1137@163.com)

作用机制尚未完全阐明。笔者通过喘可治氧喷治疗 AECOPD, 观察喘可治氧喷对 AECOPD 机械通气患者的影响, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例均符合 2007 年中华医学会呼吸病学分会制定的 COPD 诊断标准^[1], 且处于急性加重期, 符合机械通气指征。

1.2 临床资料 选取本院急诊病房和 ICU 2010 年 3 月至 2014 年 5 月收治的需进行机械通气的 COPD 急性加重期患者 60 例, 急性生理学与慢性健康状况评分系统 II (APACHE II) 评分在 15~36 分, 其中男性 33 例, 女性 27 例; 年龄 45~74 岁, 60 例患者按随机数字表法分为两组。对照组 30 例, 男性 17 例, 女性 13 例; 年龄平均 (69.20 ± 8.08) 岁; APACHE II 评分平均 (23.45 ± 5.18) 分。治疗组 30 例, 男性 16 例, 女性 14 例; 平均年龄 (68.17 ± 9.36) 岁; APACHE II 评分平均 (23.60 ± 5.03) 分。两组患者临床资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 两组均以经口气管插管的方法连接呼吸机进行机械通气。通气模式: 同步间歇指令通气+压力支持通气 (SIMV+PSV)。设置参数: 潮气量 8~12 mL/kg, 呼吸频率 12~20 次/min, 吸:呼为 1:2, 吸入氧浓度 35%~70%, 通气压力依据具体疾病程度调整, 平台压 (Pplat) 均限制在 30 cmH₂O (1 cmH₂O=0.098 kPa) 以下, 呼气末正压 (PEEP) 为 5~10 cmH₂O。以上参数依据患者具体情况在选择范围内调节。对照组在机械通气的基础上给予抗生素 (按照内科诊疗原则, 依据药敏结果给予喹诺酮类或第 3 代头孢抗生素抗感染治疗)、化痰解痉及维持水、电解质平衡等处理。治疗组在对照组治疗的基础上加用喘可治氧喷, (广州万正药业有限公司, 批准文号: 国药准字 Z20010172, 规格 2 mL/支)。予以喘可治注射液 4 mL 加注射用水 4 mL 氧喷, 每 12 小时 1 次, 两组疗程均为 7 d。两组患者均在原发病得到控制, 血流动力学稳定后进行自主呼吸试验 (SBTs), 依据患者具体情况, SBTs 初始为每日 60~120 min/次, 以后逐日延长直至持续 24 h, 满足条件后拔除气管插管, 进行常规氧疗, 完成撤机的全部过程。

1.4 观察指标 比较两组患者治疗前和治疗后 7 d 的外周血白细胞计数 (WBC)、C 反应蛋白 (CRP)、肿瘤坏死因子 (TNF)- α 、氧合指数 (PaO₂/FiO₂)、呼吸系統功能评分及带机时间、成功撤机率。根据文献^[2-4]制定呼吸系統功能评分体系标准: 临床呼吸系統功能正常为 0 分。呼吸系統功能障碍: 轻度 ≥ 3 分, 需氧疗。中度 ≥ 7 分, 需呼吸辅助治疗 (如无创通气等)。重度 ≥ 11 分, 需有创通气。所有患者均在观察前后监测血、尿常规, 尿素氮, 肌酐, 丙氨酸氨基转移酶, 天门冬氨酸氨基转

移酶, 心电图及不良反应。

1.5 疗效标准 参照 2007 年“关于机械通气撤离的共识国际会议”建议^[5], 并结合本次临床观察, 制定撤机成功与失败的标准。撤机成功: 拔管后 48 h 无需机械通气, 主观感觉舒适, 生理参数稳定, 血气分析显示无严重低氧血症, 无代谢性酸中毒或达到病前稳定水平。撤机失败: (1) 拔管后 48 h 内患者不能咯痰, 出现明显胸闷、发绀, 并有精神症状等; 出现高血压, 心率 > 140 次/min、呼吸频率 > 35 次/min, 血流动力学不稳定, 出现明显低氧, PaCO₂ 明显增高; 出现严重心律失常等; (2) 拔管后 48 h 内重新插管或恢复机械通气; (3) 拔管后 48 h 内死亡。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 并对数据采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后 WBC、CRP、TNF- α 比较 见表 1。结果示治疗后两组 WBC、CRP、TNF- α 较治疗前均下降 ($P < 0.05$), 其中两组 WBC 和 TNF- α 较治疗前下降显著 ($P < 0.01$)。两组比较治疗组 CRP、TNF- α 水平较对照组明显降低 ($P < 0.05$)。

表 1 两组患者 WBC、CRP 和 TNF- α 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	WBC ($\times 10^9/L$)	CRP (mg/L)	TNF- α (ng/L)
治疗组 (n=30)	治疗前	14.45 $\pm$ 3.71	48.78 $\pm$ 16.61	13.54 $\pm$ 3.32
	治疗后	7.80 $\pm$ 1.73**	25.29 $\pm$ 10.43** Δ	8.23 $\pm$ 1.31** Δ
对照组 (n=30)	治疗前	14.71 $\pm$ 4.96	47.46 $\pm$ 17.52	13.91 $\pm$ 4.65
	治疗后	10.07 $\pm$ 2.31**	35.95 $\pm$ 16.26*	10.89 $\pm$ 3.03**

与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组患者 PaO₂/FiO₂、呼吸系統功能评分比较 见表 2。结果示治疗后两组 PaO₂/FiO₂、呼吸系統功能评分均较治疗前明显好转 ($P < 0.01$), 与对照组比较, 治疗组好转更加明显 ($P < 0.05$)。

表 2 两组患者氧合指数和呼吸系統功能评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	PaO ₂ /FiO ₂	呼吸系統功能评分 (分)
治疗组 (n=30)	治疗前	171.42 $\pm$ 39.77	11.67 $\pm$ 2.31
	治疗后	376.47 $\pm$ 28.51** Δ	6.09 $\pm$ 1.20** Δ
对照组 (n=30)	治疗前	173.45 $\pm$ 30.31	11.72 $\pm$ 1.79
	治疗后	315.94 $\pm$ 39.62**	7.71 $\pm$ 1.27**

2.3 两组治疗 7 d 后撤机成功率、两组住院期间带机时间比较 治疗 7 d 后治疗组 23 例成功撤机, 7 例仍未撤机; 对照组 14 例撤机成功, 16 例未成功撤机。治疗组的呼吸机撤机成功率为 76.67%, 高于对照组的 46.67% ($P < 0.05$)。治疗组住院期间带机时间为 $(6.16 \pm$

3.08) d, 对照组带机时间为 (8.71 ± 4.15) d, 两组带机时间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

2.4 不良反应 未发现治疗组患者用药前后出现与用药相关的肝功能、肾功能及心电图明显异常变化, 也未出现明显的全身或局部不良反应。

3 讨论

COPD 有极高的致死率, COPD 急性加重导致严重的呼吸衰竭及多器官功能紊乱, 甚至多脏器功能衰竭。呼吸机支持成为一项重要的生命支持手段, 但也导致了 COPD 医疗费用的增加^[6]。然而不少上机患者却面临着一个困境, 在原发疾病得到控制的同时, 出现呼吸机撤机的困难。因此, 如何及早、有效的进行呼吸机撤机成为 ICU 内的工作核心^[7], 也是 AECOPD 合并呼吸衰竭在临床急待解决的问题^[8]。对于机械通气患者, 单纯的进行原发病的西医疗, 及早实现撤机的效果并不理想。目前中医药对此类患者进行干预, 有助于撤机实现的研究尚少, 有待于进一步的临床观察及实验研究。

喘可治注射液由温肾助阳的巴戟天、淫羊藿组成, 是经现代手段提取而成的纯中药制剂。既往研究发现, 喘可治注射液具有中医药多途径、多靶点及整体治疗的优势, 能调节机体免疫和内分泌功能, 提高机体免疫自稳能力, 同时具有松弛支气管平滑肌, 减少炎症介质释放的作用, 有临床研究表明, 可以缓解 COPD 患者咳、痰、喘等临床症状, 对肺功能改善有帮助, 提高患者的运动耐力及生活质量^[9-10]。但该药对机械通气患者撤机的影响尚未见报道。

本研究中, 笔者对 60 例 AECOPD 机械通气患者采用喘可治氧喷加常规西医基础治疗与单用西医基础治疗, 通过对撤机成功率及带机时间的比较, 明确了喘可治氧喷对机械通气的 AECOPD 患者的撤机有着明显疗效。机械通气患者的氧合指数及呼吸系统功能评分是反映呼吸衰竭患者病情变化的重要指标, 本研究通过对治疗前后氧合指数及呼吸系统功能评分的比较, 表明喘可治氧喷能显著改善机械通气患者的呼吸功能及氧合指标, 说明喘可治可能有利于减轻呼吸肌疲劳、改善呼吸力学的作用。有研究显示, COPD 机械通气患者的撤机困难与膈肌功能减退密切相关。膈肌功能受诸多因素影响, 系统炎症-细胞因子作用较为

突出, 其中尤其 $\text{TNF-}\alpha$ 更为明显, 主要参与了呼吸肌蛋白质的分解代谢^[11]。为进一步研究喘可治氧喷对撤机的影响, 研究其抗炎机制, 通过对外周血白细胞、CRP、 $\text{TNF-}\alpha$ 的前后比较, 尤其是 CRP、 $\text{TNF-}\alpha$ 治疗后较治疗前明显下降, 看出喘可治氧喷通过抑制 $\text{TNF-}\alpha$ 达到针对 AECOPD 机械通气患者的抗炎作用, 利于呼吸肌功能的恢复。

总之, 喘可治氧喷可以显著改善 AECOPD 机械通气患者的临床疗效, 提高撤机成功率, 为机械通气的中医药治疗提供新的思路和选择。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊断指南(2007 年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30(1): 7.
- [2] 周厚荣, 张谦, 杨秀林, 等. 改良呼吸机脱机指数在急诊重症监护病房急性呼吸衰竭中的应用[J]. 中国危重病急救医学, 2009, 21(9): 334-335.
- [3] 张育. 呼吸机撤机技术的研究进展[J]. 河北联合大学学报: 医学版, 2012, 14(3): 340-341.
- [4] 郑大伟, 曾祥彬, 高峰. 呼吸系统功能评分指导机械通气治疗呼吸衰竭撤机的临床研究[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2013, 12(2): 147-148.
- [5] Boles JM, Bion J, Connors A, et al. Weaning from mechanical ventilation[J]. Eur Respir J, 2007, 29: 1033-1056.
- [6] 中华医学会重症医学分会. 慢性阻塞性肺疾病急性加重患者的机械通气指南(2007 年)[J]. 中华急诊医学杂志, 2007, 16(10): 350-357.
- [7] Blackwood B, Alderdice F, Burns K, et al. Use of weaning protocols for reducing duration of mechanical ventilation in critically ill adult patients: Cochrane systematic review and meta-analysis[J]. BMJ, 2011, 342: c7237.
- [8] Tobin MJ, Jubran A. Variable performance of weaning predictor tests: role of Bayes' theorem and spectrum and test referral bias[J]. Intensive Care Med, 2006, 32: 2002-2012.
- [9] 黄小华, 洪敏俐, 陈文喜, 等. 喘可治注射液对慢性阻塞性肺病患者呼吸困难程度和运动耐力的影响[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(11): 51-53.
- [10] 俞正霞, 李俊, 朱旭婷. 喘可治注射液治疗 COPD 稳定期的临床疗效观察[J]. 临床肺科杂志, 2010, 15(9): 1280-1281.
- [11] 刘建明, 廖前德, 唐文祥, 等. $\text{TNF-}\alpha$ 对慢性阻塞性肺疾病模型鼠营养状态和呼吸肌蛋白质分解代谢的影响[J]. 南方医科大学学报, 2012, 32(4): 548-552.

(收稿日期 2014-07-11)

葛根芩连汤加减辨治急性放射性直肠炎的临床研究*

张爱军 景高云

(湖北省随州市曾都医院,湖北 随州 441300)

中图分类号:R730.59 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)01-0128-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.047

【摘要】目的 观察葛根芩连汤加减辨治急性放射性直肠炎的临床疗效。**方法** 选择 80 例在放疗期间出现急性放射性直肠炎症状的患者,按照随机数字表法分为实验组和对照组各 40 例。实验组患者口服葛根芩连汤加减诊治,对照组患者给予思密达治疗。观察两组患者的临床治疗效果;比较两组患者的中医症状积分改善的状况。**结果** 实验组患者的总有效率为 92.50%,明显高于对照组患者的 62.50%($P < 0.05$);两组治疗后各项临床症状积分均明显改善($P < 0.05$);实验组患者腹泻、大便秘结、腹部绞痛、便血、里急后重、肛门疼痛与口干乏力临床症状积分均显著低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 葛根芩连汤加减辨治急性放射性直肠炎患者,能够显著降低各项中医临床症状积分,明显提高临床治疗效果。

【关键词】 葛根芩连汤加减 急性放射性直肠炎 思密达 中医症状积分 临床疗效

Effect of Gegenqinlian Decoction in Acute Radiation Proctitis ZHANG Aijun, JING Gaoyun. Suizhou Zengdu Hospital, Hubei Province, Hubei, Suizhou 441300, China

【Abstract】Objective: To observe the clinical therapeutic effect of *Gegenqinlian Decoction* in acute radiation proctitis. **Methods:** 80 cases were randomly divided into the experimental group and the control group with 40 cases in each group. Patients in the experimental group were orally in *Gegenqinlian Decoction*. Patients in control group were treated with Smecta. The clinical effect and the TCM symptoms scores were compared in 2 groups. **Results:** The total effective rate was 92.50% in the experimental group which was higher significantly than that in the control group with 62.50% ($P < 0.05$). After treatment, the symptoms scores in 2 groups were improved remarkably ($P < 0.05$). Some indicators in the experimental group were superior to those in the control group such as diarrhea, stool, abdominal pain, blood in the stool, tenesmus, anal pain and dry mouth, fatigue and other scores ($P < 0.05$). **Conclusion:** *Gegenqinlian Decoction* in treating acute radiation proctitis patients can significantly reduce the clinical symptoms of TCM, obviously improve the clinical treatment effect, which is suitable for the treatment of scheme.

【Key words】 *Gegenqinlian Decoction*; Acute radiation proctitis; Smecta; TCM symptoms; Clinical effect

急性放射性直肠炎是指中后期直肠癌、子宫颈癌、子宫内膜癌等患者经过放射治疗最容易出现的并发症^[1]。由于放射治疗史较短,中医学中并无此病的相关记载,依其临床表现可归属于中医学之“泄泻”、“便血”、“痢疾”、“便秘”等范畴^[2]。《医宗必读》记载了“正气不足,而后邪气踞之”。中医学认为,放射线实乃火毒之邪,火毒之邪直中胃肠,使其功能失常,热毒灼伤肠道气血,伤于气分,火为阳邪,壮火食气,最易耗伤人体气阴。热毒蕴结、脾胃受损是该疾病的主要病因病机^[3]。急性发病者多在放疗后 1~2 周即出现恶心、呕吐、腹泻、黏液血便、食纳不馨等症状,严重损害了患者的身心健康。本研究选择在放疗期间出现急性放射性直肠炎症状的患者,观察分析葛根芩连汤加减辨治急性放射性直肠炎患者的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 病例选择 纳入标准:(1)符合急性放射性肠炎诊断标准;(2)符合《中医病证诊断疗效标准》;(3)年龄在 25~75 岁之间,性别不限;(4)KPS 评分>70 分;(5)所有患者自愿同意,自愿受试。排除标准:(1)合并有严重感染;(2)糖尿病、动脉硬化和克罗恩病、非特异性溃疡性结肠炎等胃肠道疾病引起泄泻者;(3)已知对本方中药物成分过敏者。

1.2 临床资料 选择 2011 年 4 月至 2013 年 5 月来我院诊治的 80 例癌症患者,所有患者在照射剂量 DT 50 Gy/25 次,每次 2 Gy,每周照射 5 次的条件下放射治疗均出现急性放射性直肠炎的临床症状。按照随机数字表法分为实验组和对照组各 40 例,所有患者均属湿热内蕴证。两组患者在性别、年龄、临床分期、原发肿瘤类型等方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

* 基金项目:湖北省随州市卫生局科研立项项目(2012SMR012)

表 1 两组临床资料比较

组别	n	性别 男/女 (n)	年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	临床分期(n)				原发肿瘤类型(n)				病理类型(n)	
				I 期	II 期	III 期	IV 期	直肠癌	子宫 颈癌	子宫 内膜癌	其他 肿瘤	鳞癌	腺癌
实验组	40	15/25	50.50±4.50	9	20	11		10	13	11	6	21	19
对照组	40	14/26	51.10±4.20	10	20	10		11	12	12	5	20	20

1.3 治疗方法 实验组患者服用葛根芩连汤加减诊治,药方组成:葛根、薏苡仁 30 g,黄连、木香各 10 g,黄芩、白头翁、白芍、茯苓、焦山楂、焦神曲、焦麦芽各 15 g,甘草 6 g。水煎服,每日 1 剂,随症加减,14 d 为 1 疗程。对照组患者服用思密达,每次 1 袋,每日 2 次,14 d 为 1 疗程。

1.4 中医症状积分标准^[4] 主症:泻下急迫或泻下不爽,黏液血便,腹痛,里急后重,肛门灼热或疼痛;次症:烦热口渴,小便短黄,舌苔黄腻,脉濡数或滑数。积分标准:主症每项无为 0 分,轻为 2 分,中为 4 分,重为 6 分;次症每项无为 0 分,轻为 1 分,中为 2 分,重为 3 分。

1.5 疗效标准^[5] 治愈:症状消失,大便次数每日 1~2 次,大便常规及隐血实验均阴性,肠镜检查见病变黏膜恢复正常或仅留瘢痕。有效:症状明显减轻,大便次数减少(每日 4 次以下),大便常规正常,隐血(+),肠镜检查见黏膜病变减轻。无效:症状缓解,大便带有黏液脓血减少或改变不明显。肠镜检查无改变或加重。总有效率=(治愈+有效)/总例数×100%。

1.6 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件。计量比较采用 *t* 值检验,计数比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 见表 2。实验组总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	有效	无效	总有效(%)
实验组	40	24	13	3	37(92.50) [△]
对照组	40	13	12	15	25(62.50)

与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

2.2 两组患者中医症状积分改善状况比较 见表 3。组内比较,治疗前后各项临床症状积分状况均具有显著差异($P < 0.05$);治疗后,实验组患者腹泻、大便秘结、腹部绞痛、便血、里急后重、肛门疼痛与口干乏力临床症状积分均显著低于对照组($P < 0.05$)。

3 讨论

随着我国环境和饮食问题的影响,癌症患者越来越多,大部分患者为中晚期患者,无法通过手术治疗,基本上通过放疗保守疗法诊治。放疗是直肠癌、宫颈

表 3 两组患者中医症状积分改善状况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	腹泻	大便秘结	腹部绞痛	便血	里急后重	肛门疼痛	口干乏力
实验组 (n=40)	治疗前	3.60±1.50	1.60±0.50	2.60±0.30	3.50±0.30	2.65±0.34	2.40±0.50	1.80±0.10
	治疗后	2.40±0.50 [△]	0.50±0.10 [△]	1.10±0.10 [△]	1.50±0.32 [△]	1.10±0.30 [△]	1.05±0.20 [△]	0.50±0.10 [△]
对照组 (n=40)	治疗前	3.58±1.50	1.62±0.48	2.58±0.30	3.49±0.41	2.62±0.40	2.42±0.45	1.82±0.15
	治疗后	3.10±1.10 [*]	1.10±0.20 [*]	2.00±0.20 [*]	2.40±0.40 [*]	2.00±0.15 [*]	2.05±0.30 [*]	1.10±0.10 [*]

与本组治疗前比较, $^* P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $^{\Delta} P < 0.05$ 。

癌、宫颈内膜癌等癌症特别是中晚期患者的主要治疗手段,放疗可以提高患者的生存率,但是直肠是放疗较为敏感的器官,直肠癌、宫颈癌、宫颈内膜癌等癌症放疗中几乎所有患者在放疗诊治 1~2 周内发生放射性直肠炎并发症,表现处腹泻、里急后重、排便疼痛及黏液便、血便等临床症状。

中医学认为,肠道湿热是急性放射性直肠炎的主要证型,并确立了清化湿热的治疗根本原则^[6]。葛根芩连汤载自张仲景《伤寒论》的大肠病证用方中,药方主要由葛根、薏苡仁、黄连、木香、黄芩、白头翁、白芍、茯苓、焦山楂、焦神曲、焦麦芽、甘草等组成^[7]。方中葛根既能清热解表,又能生发脾胃清阳之气而治下痢;黄芩、黄连性寒清胃肠之热,味苦燥肠胃之湿;甘草甘缓和中,调和诸药^[8]。该方组方严谨,疗效确切,不良反应少,有效成分明确,对于热痢、热泻,不论有无表证,皆可用之,是治疗肠炎的一个有效的药方。有研究表明^[9],服用葛根芩连汤治疗肠道湿热型急性放射性直肠炎的临床疗效为 86.67%,显著高于西药治疗组。现代药理实验也表明,葛根芩连汤具有解热、抗菌、抗病毒、解痉、抑制胃肠运动、抗缺氧、抗心率失常、增强机体免疫力等药理作用,广泛用于治疗菌痢、肠伤寒、急慢性胃肠炎等疾病^[10]。本文研究发现,服用葛根芩连汤的实验组患者的总有效率为 92.50%,明显高于对照组患者的 62.50%,各项中医症状积分明显降低,结果表明本方治疗急性放射性直肠炎的有效性。

综上所述,葛根芩连汤加减辨治急性放射性直肠炎患者,能够显著降低各项中医临床症状积分,明显提高临床治疗效果,是一种值得推广的治疗方案。

参考文献

- [1] 王玉,周冬枝,夏欣欣,蔡云. 放射性肠炎中医药防治研究进展[J]. 四川中医, 2014, 32(3): 181-184.
- [2] 王希,王云启. 放射性肠炎的中医药治疗研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2014, 30(3): 146-148.
- [3] 袁征,张东伟,夏黎明. 急性放射性肠炎中西医治疗进展[J]. 肿瘤基础与临床, 2013, 27(1): 90-92.
- [4] 张静,周晋华,李崇慧,等. 加味白头翁汤联合锡类散治疗急性放射性直肠炎的疗效观察[J]. 中医临床杂志, 2013, 25(10): 852-853.
- [5] 王栎秋,程晓磊,李新,等. 葛根芩连汤治疗肠道湿热型急性放射性直肠炎的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41

- (2):267-268.
- [6] 李宗宪,刘秀萍,刘昌海,等. 香连丸合葛根芩连汤加味防治放射性直肠炎 40 例[J]. 山东中医杂志,2007,26(6):378-380.
- [7] 王娟毅,马武,景文江,等. 葛根芩连汤加味保留灌肠治疗放射性肠炎临床疗效观察[J]. 陕西中医学院学报,2014,37(3):34-35.
- [8] 施晓伟,刘文,王群,等. 葛根芩连汤的研究进展[J]. 贵阳中医学院学报,2013,35(1):21-24.
- [9] 张罗生,何本夫,罗显荣,等. 小牛血清去蛋白提取物防治急性放射性直肠炎的临床研究[J]. 实用医学杂志,2012,28(9):1519-1521.
- [10] 李叶枚,余伟冰,丁可,等. 加味葛根芩连汤配合蒙脱石散治疗急性放射性直肠炎 35 例[J]. 河南中医,2013,33(9):1403-1404.
- (收稿日期 2014-08-31)

自拟中药熏洗散在痔术后的应用

徐继宗^{1,2} 张 弦^{3△}

(1.三峡大学肛肠病诊疗研究所,湖北 宜昌 443000;2.湖北省宜昌市第二人民医院,湖北 宜昌 443000;3.华润武钢总医院,湖北 武汉 430080)

中图分类号:R266 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)01-0130-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.048

【摘要】目的 观察自拟中药熏洗散在痔术后应用的疗效。**方法** 选取 600 例患者随机分成治疗组和对照组,各 300 例,治疗组给予自拟中药熏洗散坐浴,对照组 300 例给予高锰酸钾溶液坐浴,比较两组的治疗效果。**结果** 治疗组较对照组住院时间明显缩短,术后疼痛轻,创面渗液及水肿明显好转($P<0.05$);两组住院费用及术后伤口感染、出血等并发症发生率差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 中药坐浴可显著降低痔术后疼痛,改善患者不适症状。

【关键词】 痔术 熏洗散 熏洗坐浴

熏洗疗法已有 2000 多年的历史,古文献称之为“气熨”或“淋洗”等。肛肠疾病术后用熏洗法治疗,用药直接,使用方便,经济效益好,见效快,笔者所在科室自拟中药熏洗散用于痔疮术后治疗,缩短了愈合时间,减轻了术后患者的疼痛困扰,起到良好的治疗效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2009 年 10 月至 2012 年 10 月间湖北省宜昌市第二人民医院就诊并手术的混合痔患者共 600 例,均采用外痔剥离内痔结扎术,伴Ⅲ~Ⅳ度内痔者加内括约肌松解术,手术均由同组外科医师操作,随机分成治疗组和对照组,各 300 例。其中治疗组男性 186 例,女性 114 例;年龄 23~86 岁,平均 55 岁。对照组男性 160 例,女性 140 例;年龄 25~85 岁,平均 57 岁。两组在年龄及性别比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组自术后第 1 日始采用 1:5000 高锰酸钾溶液,温水坐浴,坐浴时间为 15 min,每日 2 次,每日常规换药 1 次,至创面愈合。治疗组采用自拟中药熏洗散熏洗。药物组成:大黄 30 g,黄柏 30 g,苦参 25 g,苍术 20 g,川芎 10 g,芒硝 30 g,红花 30 g,金银花 30 g,五倍子 30 g,冰片 5 g。肛门肿胀严重者,加蛇蜕、

硼砂等;热毒者,加紫花地丁、连翘、野菊花。熏洗方法:术后第 1 日即开始熏洗,将上诉药物加沸水至 2000 mL,先熏肛周 5 min,待至水温降至约 40℃后,再将肛门浸润药液中 10 min,每日熏洗 2 次,每日熏洗 2 次后换药 1 次,至创面愈合。

1.3 观察指标 比较两组临床疗效;比较两组术后疼痛评分,术后住院时间,并发症发生率,住院期间医疗费用。

1.4 疗效标准 临床疗效标准参照中华人民共和国中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》^[1];局部无感染,急性肿胀疼痛消失,创面无渗液,出血,无瘙痒,新鲜肉芽组织生长健康,为显效;局部无感染,急性肿胀疼痛减轻,创面少量渗液,轻微瘙痒,为有效;急性疼痛和水肿无明显改善,为无效。疼痛评分采用数字分级法(NRS):0 为无痛;1~3 为轻度疼痛;4~6 为中度疼痛;7~10 为重度疼痛,分别于术后第 1 至第 3 天清晨查房结束后取平均值。

1.5 统计学处理 计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,并采用 t 检验,等级资料的组间比较采用 Mann-Whitney U 检验,计数资料的组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。结果示治疗组总有

△通信作者(电子邮箱:17972451@qq.com)

效率优于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	300	199	89	12	288(96.00) [△]
对照组	300	119	134	47	253(84.33)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组术后疼痛评分、住院时间、并发症发生率、住院期间医疗费用比较 见表 2。治疗组较对照组住院时间明显缩短, 术后疼痛轻, 创面渗液及水肿明显好转($P < 0.05$); 两组住院费用及术后伤口感染, 出血等并发症发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 两组术后各项指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	术后疼痛评分	住院时间(d)	住院费用(元)	术后出血感染并发症
治疗组	300	4.0 $\pm$ 1.5 [△]	5.0 $\pm$ 0.8 [△]	3387.40	0
对照组	300	7.0 $\pm$ 0.3	8.0 $\pm$ 1.2	3115.50	0

3 讨论

高锰酸钾坐浴是肛周手术后常用的治疗措施, 其作用原理为 1:5000 高锰酸钾溶液遇有机物可释放新态氧使细菌蛋白质活性基团被氧化而变性, 从而起到杀菌的作用^[2]。但临床观察中发现, 高锰酸钾坐浴效果欠佳, 患者疼痛及消肿等症状减轻缓慢。而中药熏洗在我国已有数千年的历史, 尤其在肛肠疾病术后, 避免了因使用西药而产生的副作用, 在促进伤口愈合, 消除水肿和止痛等方面具有优势^[3]。

中医学认为, 肛肠疾病致病机理主要为外感六淫、内伤七情, 或饮食不节, 脾胃受损, 运化失职, 水湿内停, 或久坐久站, 负重远行, 或劳倦内伤, 从而导致阴阳失调, 邪气内侵, 瘀血阻络, 久而化热, 湿热下注肛门、大肠而致病。术后患者常易受外界刺激及污染引起组织水肿, 肛门疼痛, 肛周湿疹等并发症, 从而影响创面的愈合。中药熏洗法可以使药物作用于肛门部, 通过肛周皮肤渗透, 吸收进入人体, 能通过神经-体液-系统调节神经, 内分泌、免疫系统, 改善组织器官的功能活动, 发挥药物与物理温热双重效果。减轻了患者对术后疼痛的恐惧, 明显改善患者症状, 在临床中起到了很好的治疗效果。

肛肠术后湿热未清, 治宜清热燥湿, 凉血生肌, 消肿止痛。我们研究发现, 通过中药熏洗散坐浴能发挥其有效成分清热消瘀, 消肿止痛的药理作用, 减缓痔疮术后并发症的发生, 缩短治疗疗程, 且中药熏洗方法简

便, 药力直达病灶, 奏效迅速, 无不良反应, 既能达到良好的临床疗效, 又能避免因使用西药制剂作用单一的不足。方中大黄, 黄柏, 苦参性味苦寒, 能清热燥湿, 凉血解毒, 现代医学研究分析苦参含有苦参碱及小檗碱, 可抑制大肠杆菌及皮肤真菌, 有消炎, 杀菌, 止痛功效; 地榆性味苦酸, 微寒, 能凉血止血、解毒敛疮, 内含鞣质、三萜皂苷等, 能缩短出血凝血时间; 川芎活血化瘀、消肿止痛; 芒硝有清热, 软坚, 泻下作用; 苍术辛散温燥, 祛风湿, 健脾燥湿; 花椒收敛消肿, 止痛。上药配伍煎液熏洗, 借助热力的作用发挥药性, 促进肛门皮肤黏膜的吸收, 使局部血管扩张, 可加快肛门部的血液循环促进淤血的化解, 疏通阻滞的脉络, 增强新陈代谢, 此外, 熏洗药液的温热刺激能降低痛觉神经的兴奋性, 减轻炎性水肿, 解除局部神经末梢的压力, 使肌肉、股腱和韧带等组织松弛, 从而收到明显的清热解毒、消肿止痛、止血清肠、收敛固脱、促进创面生长的效果。由于皮肤久浸于温热药气中, 能使角质层软化或膨胀、药物容易透过角质层而吸收, 也可通过毛囊和汗腺管被吸收到体内, 更会直接附着在皮肤上发挥最大效能^[4]。本研究中发现, 应用自拟中药熏洗法治疗患者创面愈合快, 疼痛症状明显减轻, 有效率显著提高, 明显缩短了患者住院时间, 提高了床位周转率, 起到了很好的经济效益和社会效益。

辨证熏洗法的优点在于方便可行, 疗效好, 能有效控制伤口感染, 且熏洗后患者普遍感觉伤口疼痛明显减轻, 故有伤口止痛及舒适的作用, 从而减轻了患者的痛苦, 活血化瘀、祛腐生肌, 缩短了伤口愈合期, 降低了医疗费用^[5]。本疗法在临床应用中取得了良好的治疗效果和经济效益。但同时仍需要不断完善, 能否在疾病发展的不同阶段辨证使用不同的熏洗方剂, 使疗效更为显著。其次, 在坐浴温度、时间、频率上, 如何保持恒定及有效的疗效, 也需要进一步循证医学医学的研究, 以更有效的发挥中药熏洗的优势。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 132.
- [2] 吴震西. 药物外治的吸收与机理[J]. 中医杂志, 2005, 46(5): 7-9.
- [3] 贾菲, 邱剑锋, 李国栋. 中药熏洗疗法治疗肛肠疾病研究进展[J]. 中医外科杂志, 2007, 16(1): 58.
- [4] 苏培基. 熏洗疗法[M]. 北京: 中国医药出版社, 2001: 3.
- [5] 王霆纪, 艳华, 姜晓文. 针刺加中药熏洗治疗肛肠病术后并发症 112 例[J]. 中国中医急症, 2010, 19(11): 1985.

(收稿日期 2014-07-01)

不同中成药治疗缺血性脑卒中急性期的临床疗效对比观察*

裴学惠¹ 姚树贵² 邓小农³

(1.辽宁省阜新市第四人民医院,辽宁 阜新 123000;2 辽宁省阜新市新邱区卫生局,辽宁 阜新 123005;3.辽宁省阜新市新邱区医院,辽宁 阜新 123005)

中图分类号:R743.9 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)01-0132-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.049

【摘要】目的 探讨不同中成药治疗缺血性脑卒中急性期的临床有效性。**方法** 将 112 例患者随机分为对照组与观察组,对照组患者给予川芎嗪注射液治疗,观察组患者给予复方丹参注射液治疗,均采用静脉滴注的给药方式,观察比较不同中成药治疗缺血性脑卒中急性期的临床效果。**结果** 对照组与观察组患者治疗前神经功能缺损评分、血瘀证候积分、BI 评分与 FMA 评分差异无统计学意义($P>0.05$),两组患者治疗 15、30 d 后的神经功能缺损评分、血瘀证积分、BI 评分与 FMA 评分差异均有统计学意义(均 $P<0.05$);对照组患者缺血性脑卒中治疗有效率为 73.21%,观察组为 92.86%,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 采用复方丹参注射液的治疗方案可以显著改善缺血性脑卒中的各项指标,提高治疗缺血性脑卒中的治疗有效率,并且安全、有效。

【关键词】 中成药 缺血性脑卒中 急性期 临床疗效

Study of Different Chinese Medicine in Acute Ischemic Stroke PEI Xuehui¹, YAO Shugui², DENG Xiaonong³. 1 The Fourth People's Hospital of Fuxin City, Liaoning Province, Liaoning, Fuxin 123000, China; 2 Health Bureau, Xinqiu District, Fuxin City, Liaoning Province, Liaoning, Fuxin 123005, China; 3 Xinqiu District Hospital, Fuxin City, Liaoning Province, Liaoning, Fuxin 123005, China

【Abstract】Objective: To investigate the clinical effectiveness of Chinese medicine treatment of the acute phase of ischemic stroke. **Methods:** 112 patients with acute ischemic stroke patients with brain, according to the treatment of patients with ischemic stroke in the different processes used in Chinese medicine was randomly divided into the control group and the observation group. The control group were treated with *Chuanxiongqin Injection* and the observation group were treated with *Compound Danshen Injection*. Some indicators were compared between 2 groups in the clinical effect. **Results:** There were no statistical differences between the control group and the observation group such as the neurological deficit scores, the blood stasis syndrome score, the BI score and the FMA score ($P>0.05$). In the two groups of patients 15d, 30d after neurological deficit score, blood stasis syndrome syndrome, BI score and FMA score were significantly different ($P<0.05$). There was remarkable difference between the effective rate with 73.21% in the control group and that with 92.86% in the observation group ($P<0.05$). **Conclusion:** The *Compound Danshen Injection* can significantly improve ischemic stroke indicators, to improve the treatment of ischemic stroke treatment efficient. It is safe and effective which can be worth more in-depth study.

【Key words】 Chinese medicine; Ischemic stroke; Acute phase; Clinical efficacy

脑卒中是一种在老年人中常见的脑血管疾病,其高致死率与致残率给患者的生命和健康造成严重的威胁,给患者本身及其家庭带来了沉重的负担。脑卒中分为缺血性的卒中以及出血性卒中,其中缺血性卒中是一种常见的脑卒中,又称为脑梗死,主要由于脑部的血管循环系统堵塞使脑组织缺氧,最终导致脑组织坏死^[1]。因此,对于急性期缺血性脑卒中的治疗十分关键。近年来,中成药治疗脑卒中得到了越来越广泛的应用^[2],并

且取得了理想的治疗效果。近年来笔者对接受治疗的 112 例急性缺血性脑卒中患者,根据治疗缺血性脑卒中的过程中采用的中成药的不同将其分为对照组与观察组,观察比较不同中成药治疗缺血性脑卒中急性期的临床效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 (1)中医证候诊断标准。肝火亢盛证:眩晕、头痛、急躁易怒、面红、目赤、口干、口苦、便秘、溲赤、舌红苔黄、脉弦数。阴虚阳亢证:眩晕、头痛、腰酸、

* 基金项目:辽宁省阜新市卫生局创新研究项目(FW03105)

膝软、五心烦热、心悸、失眠、耳鸣、健忘、舌红少苔、脉弦细而数。(2)纳入标准。符合西医脑卒中诊断标准及中医证候诊断标准,年龄 18~80 岁,充分了解参加此次实验的利弊,并签署知情同意书,愿意配合此次研究工作。(3)排除标准。合并有心、肝、脑、肺、肾和造血系统严重疾病者,妊娠或哺乳期妇女,精神患者,过敏体质或对多种药物过敏者。

1.2 临床资料 本研究选择的对象为 2012 年 5 月至 2013 年 6 月接受治疗的 112 例急性缺血性脑卒中患者,男性 67 例,女性 45 例;年龄 45~78 岁,平均(60.8±7.45)岁。采用随机数表法分为对照组与观察组各 56 例。对照组男性 34 例,女性 22 例;年龄 45~77 岁,平均(58.9±6.97)岁;观察组男性 33 例,女性 23 例;年龄 46~78 岁,平均(61.40±7.95)岁。两组患者临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组患者给予盐酸川芎嗪注射液(上海第一生化药业有限公司生产,规格为 2 mL:40mg,生产批号 20111204、20120307)加 0.9%氯化钠注射液治疗。观察组患者给予复方丹参注射液(上海六合堂生物科技项城制药有限公司生产,规格:10 mL,生产批号 20110914、20120507)加 0.9%氯化钠注射液治疗,均采用静脉滴注的给药方式,每日 1 次,治疗周期为 30 d。

1.4 观察指标 观察患者治疗前后神经功能缺损评分与中医证候血瘀证积分、患者治疗前后日常生活能力评分(BI)与运动功能评分(FMA)、患者治疗 1 个月后的临床疗效。

1.5 疗效标准 日常生活能力评分(BI)评分^[3]。满分 100 分,>60 分为良好,<40 分为差。运动功能评分(FMA)^[4]:满分 100 分,<50 分为严重,>90 分为良好,分数越高,患者症状越不明显。缺血性脑卒中治疗效果标准^[5]:分为痊愈、改善、有效以及无效。痊愈:治疗后临床症状完全消失,神经功能缺损评分减少程度>90%。改善:治疗后患者症状大部分消失,神经功能大部分恢复,神经功能缺损评分减少范围>46%,且<90%。有效:治疗后患者临床症状有所减轻,神经功能缺损评分减少范围>18%,且<45%。无效:治疗后患者症状无减轻或者出现恶化。总有效=痊愈+改善+有效。

1.6 统计学处理 应用 SPSS16.0 统计软件。计量比较采用 t 值检验,计数比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后神经功能缺损评分与血瘀证积分的比较 见表 1。治疗前两组神经功能缺损评分与血瘀证积分差异无统计学意义($P>0.05$)。两组患者治疗 15、30 d 后神经功能缺损评分与血瘀证积分差异

有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组患者治疗前后神经功能缺损评分与血瘀证积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	神经功能缺损评分	血瘀证积分
观察组 ($n=56$)	治疗前	26.3±2.78	43.9±6.12
	治疗 15 d 后	18.4±2.16 [△]	30.6±3.68 [△]
	治疗 30 d 后	16.2±3.02 [△]	23.6±3.85 [△]
对照组 ($n=56$)	治疗前	26.5±2.71	44.5±5.87
	治疗 15 d 后	21.4±2.96	36.7±4.58
	治疗 30 d 后	18.5±2.05	31.5±3.58

与对照组同时时间比较, $^{\Delta}P<0.05$ 。下同。

2.2 两组患者治疗前后 BI 评分与 FMA 评分比较 见表 2。两组治疗前的 BI 评分与 FMA 评分差异无统计学意义($P>0.05$)。两组患者治疗 15、30 d 后的 BI 评分与 FMA 评分差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 两组患者治疗前后 BI 评分与 FMA 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	BI 评分	FMA 评分
观察组 ($n=56$)	治疗前	29.8±4.98	18.4±2.69
	治疗 15 d 后	44.3±5.73 [△]	30.6±4.23 [△]
	治疗 30 d 后	67.4±7.83 [△]	50.5±6.32 [△]
对照组 ($n=56$)	治疗前	30.2±4.56	18.6±2.56
	治疗 15 d 后	36.5±5.21	24.7±3.78
	治疗 30 d 后	52.3±6.84	35.6±5.68

2.3 两组患者临床疗效比较 见表 3。对照组患者缺血性脑卒中治疗有效率为 73.21%, 观察组脑卒中治疗有效率为 92.86%, 观察组患者的治疗总有效率显著高于对照组患者,有显著差异($P<0.05$)。

表 3 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈	改善	有效	无效	总有效(%)
观察组	56	26	15	11	4	52(92.86) [△]
对照组	56	18	13	10	15	41(73.21)

与对照组比较, $^{\Delta}P<0.05$ 。

3 讨论

脑卒中是一种在老年人中多发的疾病,具有发病率高、致残率高以及死亡率高的特点。患者在接受治疗之后往往难以痊愈,并且会有不同程度的身体功能障碍,约一半的患者生活不能自理,需要他人的帮助才能正常生活^[6-7]。脑卒中分为出血性以及缺血性卒中,其中缺血性卒中患者约占了脑卒中患者中的 80% 左右,对于脑卒中的诊断以及预防研究方面虽然取得了一定的成绩,但是对于脑卒中的治疗仍然没有突破性的进展^[8]。

中医学认为急性脑梗死的主要原因是气机逆乱、

风痰瘀阻以及气血逆乱^[9], 治疗方法主要为调畅气机、息风化痰祛瘀。由于患者脑部的瘀血是导致患者出现缺血性脑卒中的发病机理, 因此采用益气活血通络之法^[10]。川芎在中医中常被用于活血化瘀、祛风止痛的功效, 川芎嗪是从中药川芎中提取出的一种具有活血化瘀作用的生物碱, 现代药理学研究川芎嗪具有活血化瘀、改善血小板凝集以及扩张痉挛的冠状动脉的作用。丹参是临床常用的活血化瘀中药, 复方丹参丸和注射液是丹参常用的制剂。复方丹参注射液是临床上一种常用于治疗脑梗死以及各种心血管疾病的中药注射液。它的主要成分为丹参和降香两味中药, 其中丹参具有抵抗血栓、抑制血小板聚集的作用, 降香具有活血化瘀、扩张血管的功效^[13], 中药现代药理学研究表明复方丹参注射液具有改善脑部缺血部位微循环的作用。两组治疗方案均具有治疗脑卒中的功效, 单复方丹参注射液的有效率更高, 治疗效果更好。本组研究结果发现, 采用丹参联合降香的复方丹参注射液的治疗方案与单独采用川芎嗪相比, 两组患者治疗 15、30 d 后的神经功能缺损评分、血瘀证积分、BI 评分与 FMA 评分进行比较, 观察组均明显低于单独采用对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 观察组的总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 说明复方丹参联合川芎嗪治疗脑卒中, 可显著提高治疗有效率。

综上所述, 采用复方丹参注射液的治疗方案相比于川芎嗪注射液的治疗方案, 可以显著改善缺血性脑卒中的各项指标, 提高治疗缺血性脑卒中的治疗有效

率, 并且安全、有效, 值得对其进行更深入的研究。

参 考 文 献

- [1] 凌冰, 徐武华. 他汀类药物在缺血性脑卒中急性期的应用进展[J]. 实用医学杂志, 2012, 28(7): 1204-1205.
- [2] 马丽虹, 李冬梅, 李可建. 川芎嗪注射液治疗缺血性脑卒中急性期临床疗效的系统评价[J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(16): 3825-3827.
- [3] 邓莉. 早期康复护理对急性缺血性脑卒中患者日常生活能力恢复效果的影响[J]. 四川医学, 2013, 34(3): 470-472.
- [4] 刘伶伶, 吴邵艳. 康复护理对脑卒中偏瘫患者运动功能恢复的影响[J]. 当代医学, 2010, 16(25): 109-110.
- [5] 王金树. 补阳还五汤治疗缺血性脑卒中急性期、恢复期 68 例[J]. 光明中医, 2014, 29(5): 998-999.
- [6] 李强, 鹿阳. 缺血性脑卒中急性期的中医康复治疗[J]. 内蒙古中医药, 2011, 30(10): 127.
- [7] 潘桂生. 银杏叶治疗缺血性脑卒中的临床效果[J]. 中国保健营养, 2012, 23(20): 4601.
- [8] 叶瑞东. 人参皂苷 Rd 治疗急性缺血性脑卒中的临床前研究[D]. 西安: 第四军医大学, 2012.
- [9] 葛少斌. 丹红注射液治疗缺血性脑卒中急性期的临床研究进展[J]. 实用心脑血管病杂志, 2013, 21(7): 56-57.
- [10] 朱伟芬. 缺血性脑卒中急性期的中西医结合护理[J]. 中国中医急症, 2013, 22(10): 1737, 1751.
- [11] 沃静波. 丁苯酞软胶囊联合复方丹参注射液治疗急性缺血性脑卒中临床疗效分析[J]. 海峡药学, 2013, 25(4): 133-135.

(收稿日期 2014-08-28)

中医辨证联合西药治疗危重病胃肠功能障碍临床观察

王理锋¹ 周 飞²

(1. 浙江省桐庐县第一人民医院, 浙江 桐庐 311500; 2. 浙江省桐庐县中医院, 浙江 桐庐 311500)

中图分类号: R278 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0134-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.050

【摘要】目的 观察中医辨证联合西药治疗危重病胃肠功能障碍患者的临床疗效。**方法** 危重病胃肠功能障碍患者 62 例随机分为观察组 32 例和对照组 30 例, 对照组采取常规西医治疗, 观察组在对照组基础上加用中医辨证治疗, 两组均治疗 7 d 后, 比较两组患者临床疗效、治疗前后中医证候积分以及治疗前后胃肠功能评分。**结果** 观察组治疗总有效率为 93.75%, 高于对照组之 70.00% ($P < 0.05$); 与治疗前比较, 治疗后两组患者中医证候积分及胃肠功能评分显著降低 ($P < 0.05$), 治疗后组间比较, 观察组优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 中医辨证联合西药治疗危重病胃肠功能障碍其疗效显著, 且能够改善患者临床症状和胃肠功能。

【关键词】 胃肠功能障碍 中医辨证 中西医结合

胃肠功能障碍是由于致病因素损害胃肠道结构以及调节机制而引起胃肠功能异常的一种常见危重症, 同时也是患者病情加重或恶化的重要标志, 将加速

危重病患者死亡的可能^[1]。因此怎样维护胃肠道的生理正常功能, 减少患者胃肠道屏障功能损伤, 对于改善患者病情严重程度以及预后有着重要的意义^[2]。中医

药在治疗危重病胃肠功能障碍方面获得了越来越多的认可,本研究观察中医辨证联合西药治疗危重病胃肠功能障碍患者的临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准参照全国多脏器功能障碍综合征急救医学学会(1995 年)通过的《多脏器功能失常综合征(MODS)病情分期诊断及严重程度评分标准》^[3],并且患者为多脏器功能障碍综合征中存在有胃肠功能障碍。入组标准:(1)患者符合多脏器功能障碍综合征的相关诊断标准以及胃肠功能障碍;(2)患者或者其家属自愿签署知情同意书,愿意配合研究。排除标准:(1)排除原发病为胃肠道疾病患者,例如萎缩性胃炎、消化道溃疡、胃癌等;(2)排除胃肠道手术后患者;(3)排除在近 1 周服用过促胃动力药物患者;(4)排除治疗 72 h 之内死亡或者出院的患者;(5)排除孕妇以及哺乳期妇女;(6)排除患有恶性肿瘤晚期患者以及 HIV 感染者;(7)排除正在参与其他药物临床试验的患者。

1.2 临床资料 选择 2012 年 1 月至 2013 年 12 月浙江省桐庐县第一人民医院重症监护室收治的危重病胃肠功能障碍患者 62 例,其中男性 35 例,女性 27 例;年龄 36~82 岁,平均(70.38±9.17)岁;中医辨证参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]分型标准,其中湿浊内阻证 21 例,肠腹闭阻证 16 例,肝胃不和证 13 例,脾胃两虚证 12 例。按照随机数字表法将 62 例患者随机分为观察组 32 例与对照组 30 例。其中观察组男性 18 例,女性 14 例;平均年龄(69.28±10.16)岁;湿浊内阻证 12 例,肠腹闭阻证 9 例,肝胃不和证 5 例,脾胃两虚证 6 例。对照组男性 17 例,女性 13 例;平均年龄为(70.95±8.73)岁;湿浊内阻证 9 例,肠腹闭阻证 7 例,肝胃不和证 8 例,脾胃两虚证 6 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组采取西医常规治疗方式,包括:积极治疗原发疾病,采取维持生命脏器的支持疗法,对于低血容量的患者需要积极扩容,加强患者的营养支持,给予患者枸橼酸莫沙必利片(成都康弘药业集团股份有限公司,H20031110,5 mg/片)每次 1 片、每日 3 次,注射用奥美拉唑钠(山东罗欣药业股份有限公司,国药准字:H20058492,20 mg/瓶)每次 40 mg,每日 2 次,地衣芽孢杆菌活菌胶囊(东北制药集团沈阳第一制药有限公司,S10950019,规格:0.25 g/粒)每次 2 粒,每日 3 次。观察组在对照组基础上加用中医辨证治疗。(1)湿浊内阻证:主要症状为脘腹满闷、大便溏泻、舌淡红、苔白腻、脉滑等,组方为茯苓 15 g,苍术 12 g,陈皮 12 g,党参 10 g,厚朴 10 g,甘草 6 g;(2)肠腹闭阻证:主要症状为大便不通、腹痛、腹胀、舌苔厚腻、脉滑,组方

为麻子仁 15 g,枳实 15 g,厚朴 12 g,杏仁 12 g,大黄 9 g(后下),赤芍 9 g,郁李仁 9 g,甘草 6 g;(3)肝胃不和证:主要症状为腹胀、胸胁胀闷、食物积于胃中、烦躁或者神情抑郁、舌苔薄黄、脉弦,组方为柴胡 15 g,枳壳 15 g,白芍 12 g,制香附 12 g,茯苓 9 g,白术 9 g,乌药 9 g,甘草 6 g;(4)脾胃两虚证(气血两虚):主要症状为纳呆、腹胀、大便溏、神疲乏力、形体消瘦或者水肿、口干唇裂、舌质淡红、舌苔薄白、脉缓弱或者细数,组方为黄芪 30 g,当归 15 g,桂枝 15 g,芍药 15 g,生姜 12 g,大枣 12 g,陈皮 12 g,半夏 9 g,沙参 9 g,麦冬 9 g,生地黄 9 g,甘草 6 g。两组均治疗 7 d。

1.4 疗效标准 (1)中医症状积分标准^[3]。①腹胀:无(0 分),轻度胀气(3 分),腹部膨隆叩诊有鼓音但无疼痛(6 分),腹部膨隆叩诊有鼓音同时伴有疼痛(9 分)。②吐血或便血:24 h 无出血(0 分),24 h 内出血 300 mL 以下或者大便稍黑(3 分),24 h 内出血 300~500 mL 或者大便色黑(6 分),24 h 内出血 500 mL 以上或者大便色黑如漆(9 分)。③意识障碍:无(0 分),嗜睡(1 分),浅昏迷(2 分),深昏迷(3 分)。④发热:无(0 分),37.2~38.0 ℃(1 分),38.1~39.0 ℃(2 分),39.1 ℃(3 分)。⑤面色:面色红润光泽(0 分),面色发黄(1 分),面色萎黄(2 分),面黄虚浮(3 分)。⑥眼睑:眼睑红润(0 分),眼睑发白(1 分),眼睑淡白(2 分),眼睑苍白(3 分)。⑦水肿:无(0 分),下肢微肿(1 分),局限性水肿(2 分),弥漫性水肿(3 分)。⑧大便:正常(0 分),便溏或者无自主排便(2 分),便秘或者灌肠、口服泻药后无自主排便(2 分),便质如水样或者使用过各种方法之后仍无自主排便(3 分)。⑨舌象:正常(0 分),异常(2 分)。⑩脉象:正常(0 分),异常(2 分)。积分变化=[(治疗前证候积分-治疗后证候积分)/治疗前证候积分]×100%。(2)胃肠功能评分参照文献^[3]标准:患者腹部无胀气、肠鸣音正常,为 0 分;患者腹部胀气、肠鸣音减弱,为 1 分;患者出现高度腹部胀气、肠鸣音近于消失,为 2 分;患者出现麻痹性肠梗阻或者应激性溃疡出血,为 3 分。(3)临床疗效评价标准参照《中药新药临床研究指导原则》中相关疗效标准^[4]:患者治疗后各临床症状明显减轻,中医证候积分值减少在 70%以上,为显效;患者治疗后各临床症状有所减轻,中医证候积分值减少在 30%~70%之间,为有效;患者治疗后各临床症状无变化,中医证候积分值减少在 30%以内,为无效;患者治疗后各临床症状加重,且中医证候积分值增加,为恶化。治疗总有效率为显效率与有效率之和。

1.5 统计学处理 应用 SPSS22.0 统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料采用百分率进行表示,结果采取 t 检验以及 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。结果示, 观察组治疗总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	恶化	总有效率(%)
观察组	32	17(53.13)	13(40.63)	2(6.25)	0(0)	93.75 ^Δ
对照组	30	7(23.33)	14(46.67)	9(30.00)	0(0)	70.00

与对照组比较, ^Δ $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后中医证候积分及胃肠功能评分比较 见表 2。与治疗前比较, 治疗后两组患者中医证候积分及胃肠功能评分显著降低($P < 0.05$), 治疗后组间比较, 观察组优于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组患者治疗前后中医证候积分及胃肠功能评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	中医证候积分	胃肠功能评分
观察组 ($n=32$)	治疗前	36.38 $\pm$ 5.20	2.28 $\pm$ 0.63
	治疗后	12.46 $\pm$ 3.41 ^{*Δ}	0.83 $\pm$ 0.48 ^{*Δ}
对照组 ($n=30$)	治疗前	35.92 $\pm$ 6.14	2.21 $\pm$ 0.75
	治疗后	19.72 $\pm$ 2.39 [*]	1.47 $\pm$ 0.62 [*]

与本组治疗前比较, ^{*} $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^Δ $P < 0.05$ 。

3 讨论

胃肠道是人体进行消化代谢食物的一个重要器官, 在危重病的发生以及发展过程当中扮演者非常重要的角色^[5]。危重病患者一旦出现胃肠道功能障碍, 由于受到缺氧、缺血等因素的干扰, 患者胃肠道黏膜容易受损, 使机体肠黏膜屏障保护作用减弱, 威胁患者健康甚至生命^[6]。危重病胃肠道功能障碍治疗不及时, 其胃肠道的微生态环境将受到破坏, 使得肠道内激素紊乱, 细菌以及内毒素易位, 同时释放大量炎症因子, 诱发或加剧多脏器功能障碍综合征, 不利于疾病恢复^[7]。因此, 积极防治胃肠功能障碍, 防止出现急性胃肠损伤, 加强机体胃肠道消化功能, 及时阻断肠源性感染发生, 对于提高患者热量供给及重要器官的营养支持具有不可替代的作用。

胃肠功能障碍属于中医学“胃痛”、“腹胀满”等范畴, 危重症患者出现胃肠功能障碍多由于暴病伤脾, 或者久病迁延不愈而导致机体虚弱, 或者由于年老体弱, 机体脏腑功能出现衰退, 再加上长期卧床以及长期药物治疗, 使得脾胃之气亏虚, 推动无力, 传化失常, 而出现胃肠功能障碍^[8-9]。胃肠功能障碍初期一般为实证, 随着患者病情发展, 可以由实转虚, 虚实夹杂; 年轻体壮者多为实证, 年老体弱者多为虚证; 若暴病所伤, 则

患者在初期便表现为虚证^[10-11]。胃肠功能障碍临床常见证型为: (1) 湿浊内阻证, 由于脾胃虚弱、饮食不化, 多见于疾病的早期, 虚实夹杂, 治当健脾助运、消食导滞; (2) 肠腹闭阻证, 由于饮食不节、劳累过度, 伤及脾胃, 复加寒邪凝滞, 热邪郁闭, 气血搏结, 通降失调, 治当健脾助运、润肠通便; (3) 肝胃不和证, 多见于突然起病或者久病不愈的患者, 由于患者情绪不稳、烦躁不安或抑郁, 肝气犯胃或者肝脾失调, 治当疏肝理气、健脾和胃; (4) 脾胃两虚证, 久病失调或者大量失血, 气随血脱所导致的脾胃气血两虚, 治当益气养血、健脾和胃。

本研究显示, 观察组治疗总有效率明显高于对照组, 观察组患者中医证候积分及胃肠功能评分改善情况均显著优于对照组。这提示中医辨证联合西药治疗危重病胃肠功能障碍疗效显著, 且能够改善患者临床症状和胃肠功能。

参 考 文 献

- [1] 蔡小妮, 孟张戈. 大黄不同给药途径治疗危重病患者胃肠功能障碍的临床观察[J]. 中国全科医学, 2009, 12(9): 742-743.
- [2] 卫俊涛. 大黄对危重病胃肠功能障碍保护作用机理的研究进展[J]. 中国中医急症, 2010, 19(2): 300, 302.
- [3] 但汉雷, 白杨, 王继德, 等. 危重病人胃肠功能障碍与衰竭定量诊断评分方案[J]. 第一军医大学学报, 2002, 22(9): 859-860.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 60-66.
- [5] 宋祖军, 马俊清, 路伟, 等. 急诊抢救危重病患者的死亡危险因素分析[J]. 中华急诊医学杂志, 2009, 18(12): 1297-1303.
- [6] 傅元冬, 陈畅泉, 朱桂松, 等. 大黄对 ICU 中危重病患者胃肠道保护和治疗作用[J]. 中医临床研究, 2009, 1(2): 15-16.
- [7] 廖培军. 危重心血管危重病胃肠功能障碍与预后关系的临床分析[J]. 实用医学杂志, 2009, 25(5): 833.
- [8] 杨敏春, 张召才, 吴佐剑, 等. 危重病胃肠功能障碍不同中医证型的胃肠激素水平比较[J]. 中国中医急症, 2009, 18(12): 2001-2003.
- [9] 范铁兵, 杨志旭. 危重病胃肠功能障碍的中医辨证要素及证型分布规律研究[J]. 中国中医急症, 2012, 21(7): 1064-1065.
- [10] 陈凤娟, 钱静华. 中西医结合对危重病胃肠功能障碍患者胃动素的影响[J]. 中国中医急症, 2009, 18(1): 34, 36.
- [11] 李娟, 李曙平, 吴娜, 等. 胃肠功能障碍和衰竭对老年危重病患者临床预后的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(1): 25-26, 34.

(收稿日期 2014-06-05)

温针结合补肾活血中药治疗肩关节周围炎疗效观察*

黄劲柏 卓廉佳 陈花茹

(广东省深圳市武警边防部队总医院, 广东 深圳 518029)

中图分类号: R246 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0137-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.051

【摘要】目的 观察温针结合补肾活血中药治疗肩关节周围炎的临床疗效。**方法** 将肩关节周围炎患者 90 例随机分为针药组、针灸组和中药组, 每组各 30 例。针药组采用温针结合补肾活血中药治疗, 针灸组采用温针治疗, 药物组采用补肾活血中药治疗。3 组疗程均为 30 d。**结果** 治疗后针药组总有效率为 93.33%, 明显高于针灸组、药物组的 73.33%、66.67% ($P < 0.05$); 针灸组和药物组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。3 组患者治疗后肩痛指数与同组治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 针药组治疗前后肩痛指数差值与针灸组、药物组差值比较, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 温针结合补肾活血中药治疗肩关节周围炎疗效优于温针治疗或单纯药物治疗。

【关键词】 温针 补肾活血中药 肩关节周围炎

Effect of Warm Needling Therapy Combined With Kidney-supplementing and Blood-activating Herbs on Patients with Scapulohumeral Periarthritis HUANG Jinbai, ZHUO Lianjia, CHEN Huaru. *Frontier Defence General Hospital of Armed Police, Shenzhen City, Guangdong Province, Guangdong, Shenzhen 518029, China*

【Abstract】Objective: To observe the effect of warm needling therapy combined with kidney-supplementing and blood-activating herbs on patients with scapulohumeral periarthritis. **Methods:** 90 scapulohumeral periarthritis cases were randomly divided into warm needling therapy combined with kidney-supplementing and blood-activating herbs group, warm needling therapy group and kidney-supplementing and blood-activating herbs group, each group were 30 cases. The medicine consequently was lasted for 30 days. Some indicators were assessed including the total curative effect and shoulder pain index after 3 courses treatment. **Results:** The total effective rate for warm needling therapy combined with kidney-supplementing and blood-activating herbs group, warm needling therapy group and kidney-supplementing and blood-activating herbs group was 93.33%, 73.33%, 66.67% respectively. The total curative rate of control group was better than the other two groups ($P < 0.05$). However, the other two groups has no significant statistical difference ($P > 0.05$). The shoulder pain index were reduced in three groups after treatment ($P < 0.05$). The difference in control group was improved more than the other two groups ($P < 0.05$). **Conclusion:** The curative effect of warm needling therapy combined with kidney-supplementing and blood-activating herbs group was better than that only warm needling therapy or kidney-supplementing and blood-activating herbs group.

【Key words】 Warm needling therapy; Kidney-supplementing and blood-activating herbs; Scapulohumeral periarthritis

肩关节周围炎是针灸临床常见病种, 约占针灸科 12%~15% 的病例数, 发病率高^[1], 以肩部疼痛, 肩关节运动功能障碍甚至局部肌肉粘连、萎缩为主要临床表现, 多发生于 50 岁左右的中老年人群, 女性多于男性, 病性顽固, 严重影响正常的生活与工作。笔者于 2012 年 1 月至 2013 年 12 月间应用温针结合补肾活血中药治疗肩关节周围炎取得较好临床疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 根据 1988 年石家庄全国第 1 届肩关

节周围炎学术研究会有关本病狭义和广义之分的理解, 确定狭义肩周炎患者为研究对象。诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]。纳入标准: (1) 符合肩关节周围炎诊断标准及病情属狭义肩关节周围炎患者; (2) 疼痛时间在 2 周以上; (3) 年龄 40~65 岁; (4) 自愿加入本试验并签订“知情同意书”。排除标准: (1) 不符合观察对象 (如广义的肩关节周围炎) 和纳入标准者; (2) 年龄在 65 岁以上者, 孕妇和哺乳期妇女, 以及对艾灸过度敏感者; (3) 合并肩部骨折未愈合者; (4) 长期服用 (接受) 其他药物 (治法) 以及采取综合治疗者; (5) 合并有心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性

* 基金项目: 广东省深圳市科技计划课题 (201402157)

疾病,精神病患者;(6)未按规定治疗,无法判断疗效或资料不全等影响疗效判断者。

1.2 临床资料 选取本院理疗康复科门诊肩关节周围炎患者 90 例,按随机数字表法分成针药组、针灸组和药物组各 30 例。其中针药组男性 12 例,女性 18 例;平均年龄(53.18 ± 6.52)岁;平均病程(1.86 ± 0.18)个月。针灸组男性 13 例,女性 17 例;平均年龄(52.91 ± 5.96)岁;平均病程(1.79 ± 0.25)个月。药物组男性 14 例,女性 16 例;平均年龄(53.21 ± 4.96)岁;平均病程(1.75 ± 0.33)个月。3 组患者临床资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 针药组:补肾活血中药选用骨疏康颗粒(辽宁康辰药业有限公司,批号 111213)和活血止痛胶囊(珠海安生凤凰制药有限公司,批号 11040107),按说明书服用,连续服药 30 d 统计疗效。针灸取穴均为肩周炎患侧肩前、肩髃、肩髃穴(肩三针),操作:选用 30 mm×40 mm 一次性针灸针(苏州医疗用品厂生产),穴位常规消毒,分别在肩前、肩髃、肩髃穴直刺入约 1 寸,捻转行针得气后,在针柄上分别插上约 1 cm 高,直径为 1 cm 的艾炷,艾炷底距施灸部位约 3 cm,每穴各燃 3 炷,以患者耐受为度。温针隔日治疗 1 次,5 次为 1 个观察疗程,3 个观察疗程后统计疗效。针灸组:只接受温针治疗,操作及治疗方法同。药物组:只接受补肾活血中药治疗,药物选择及用法同针药组。3 组疗程均为 30 d。

1.4 观察指标 在治疗前及治疗结束后,分别对患者的临床疗效及肩部疼痛指数进行评定。肩部疼痛指数采用视觉模拟评分法(VAS)评定:在纸上画一条 10 cm 的横线,横线的一端为 0,表示无痛;另一端为 10,表示剧痛;中间部分表示不同程度的疼痛,让患者根据自我感觉在横线上划一记号,表示疼痛的程度。

1.5 疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则》^[3]的疗效标准制定。治愈:肩部疼痛消失,肩关节活动范围恢复正常。显效:肩部疼痛缓解明显,肩关节活动范围改善明显。有效:肩部疼痛基本缓解,肩关节活动范围部分改善。无效:症状无改变。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计分析软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组患者临床疗效比较 见表 1。结果示治疗后针药组总有效率为 93.33%,明显高于针灸组、药物组的 73.33%、66.67%($P < 0.05$)。针灸组和药物组比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 3 组治疗前后肩痛指数比较 见表 2。结果示 3 组患者治疗后肩痛指数与同组治疗前比较,差异均有

表 1 3 组临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
针药组	30	14	8	6	2	93.33
针灸组	30	11	6	5	8	73.33 [△]
药物组	30	10	5	5	10	66.67 [△]

与针药组比较,[△] $P < 0.05$ 。下同。

统计学意义($P < 0.05$),针药组治疗前后肩痛指数差值与针灸组、药物组比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 3 组治疗前后肩痛指数比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	差值
针药组	30	7.44±0.23	3.41±0.38*	4.03±0.29
针灸组	30	7.65±0.12	5.16±0.19*	2.49±0.33 [△]
药物组	30	7.89±0.33	5.18±0.20*	2.81±0.34

与本组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

目前认为肩关节周围炎的基本病理改变是发生在肩关节及其周围肌肉、肌腱、韧带、滑膜囊等关节周围软组织的一种退行性无菌性炎症病变。由此理论治疗多限于局部进行,如功能锻炼、针灸推拿、针刀松解、神经阻滞、麻醉下手法松解,甚至是开放性手术或关节镜下松解^[4],但是局部治疗临床疗效并不明显,而且肩周炎具有临床自愈性。根据肩关节周围炎的发病年龄多是 50 岁左右的中老年人群,病情一般迁延 3~6 个月,局部治疗效果不显有自愈性倾向的特点让笔者对肩周炎的病因病理和临床治疗进行重新的思考和探讨。

50 岁从中医学角度认为是人体肾气虚衰,机体开始衰老的年龄。《素问·上古天真论》言“丈夫八岁,肾气实,发长齿更;二八肾气盛……三八肾气平均……五八肾气衰……六八阳气衰竭于上,筋不能动……八八天癸竭,精少,肾脏衰”,“女子七岁,肾气盛,齿更发长;二七而天癸至……三七肾气平均……七七任脉虚,太冲脉衰少,天癸竭”。肾虚又可导致血瘀,《类症制裁·痹症》曰“由营卫先虚,腠理不密,风寒湿乘虚内袭,正气为邪所阻,不能宣行,因而留滞,气血凝涩,久而成痹”。指出正气虚弱,外邪侵袭,正气不能宣行导致气血凝滞久而成痹。中医认为肾在生理病理上的改变,直接影响血液的正常运行,肾虚正气不足,无力推动血液,导致气虚血瘀;肾精不足,经脉失养,血管硬化,可致经脉不通,血液凝滞。肩周炎的病因多由内因肾精亏虚,精血不足,经络瘀阻,外因感受风寒湿夹杂,以及劳损负重诱发,病机因血脉经络瘀阻,不通则痛,导致局部疼痛肿胀,活动受限,肌肉萎缩。根据肩周炎的发病特点笔者推测“肾虚血瘀”可能是肩关节周围炎的基本病理改变,而肩部疼痛,功能障碍只是其临床症状表现,肾虚为本,疼痛为标,本虚标实是肩周炎的基本病理机制。

在此假说指导下,本观察应用针灸结合补肾活血中药治疗肩关节周围炎,与针灸组和药物组相比取得了明显临床疗效,减轻了患者的肩关节疼痛程度,从临床症状的改善方面证实“肾虚血瘀”是肩周炎的基本病理改变,补肾活血结合局部治疗可能是其治疗的基本原则。

某些实验室指标特异性的变化对肾虚本质的判断具有重要的指导意义。自由基代谢、神经内分泌、免疫系统、骨密度变化及血液生化等方面的变化是临床上较常用的肾虚血瘀客观化指标^[5-8],在补肾活血结合局部治疗取得临床疗效的基础上,从自由基代谢、神经内分泌、免疫系统、骨密度变化及血液生化等方面多角度,多层次探讨肩关节周围炎患者肾虚血瘀的病理实质,是非常有意义的研究课题,值得进一步深入研究和探讨。

参 考 文 献

[1] 丛文杰,方剑乔,王晨瑶.毫针的不同针灸疗法治疗肩关节

- 周围炎疗效比较[J].上海针灸杂志,2010,29,(11):713.
- [2] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:136.
- [3] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:138.
- [4] 陈华,杨米雄.肩关节周围炎治疗研究进展[J].浙江中医学院学报,2005,29(11):100.
- [5] 郭伟星,于杰.益肾降压颗粒对肾虚模型小鼠体内自由基代谢的影响[J].中华中医药学刊,2007,25(5):871.
- [6] 沈自尹,陈剑秋,陈响中,等.老年人与肾虚证患者的甲状腺轴功能对比观察[J].中西医结合杂志,1982,2(1):9.
- [7] 吴建文,陈国华,沈守祥,等.益寿饮对老年肾虚血瘀证患者 IL-1, IL-2 的影响 [J]. 潍坊医学院学报,2006,28(2):145.
- [8] 陈训华,郭振芳,张万强.骨丢失与肾虚证的相关研究[J].中国中医药信息杂志,2002,9(10):21-22.

(收稿日期 2014-06-17)

滋阴清热宁心药物治疗冠心病室性早搏阴虚火旺证临床观察

焦华琛 张蕴慧 李运伦 赵春阳

(山东中医药大学附属医院,山东 济南 250000)

中图分类号:R541.4 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)01-0139-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.052

【摘要】目的 观察滋阴清热宁心药物治疗冠心病室性早搏阴虚火旺证的临床疗效。**方法** 将冠心病室性早搏阴虚火旺证患者 80 例,试验组及对照组各 40 例,分别给予山东中医药大学附属医院院内制剂养心复脉冲剂及心律宁片,经 6 周观察,比较早搏疗效、中医证候疗效以及综合疗效。**结果** 试验组早搏治疗总有效率为 72.50%,明显高于对照组的 50.00% ($P < 0.05$)。试验组中医证候总有效率为 90.00%,明显高于对照组的 80.00% ($P < 0.05$)。试验组综合疗效总有效率为 72.50%,显著高于对照组的 62.50% ($P < 0.05$)。**结论** 滋阴清热宁心药物是冠心病室性早搏阴虚火旺证的有效药物。

【关键词】 室性早搏 养心复脉颗粒 形神一体观 心悸

室性早搏是临床常见疾病,多数情况下不是一种独立的疾病而是常并发于临床各科多种常见病和多发病中,属多发病。发作时多有心悸、胸闷、恶心等不适症状,频发室早形成短阵心动过速时病情严重,可增加室颤的风险。因此积极预防治疗心律失常,对提高患者生存质量具有重要意义。本临床实验以心律宁片治疗冠心病合并室性早搏患者取得了良好疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例符合《中药新药临床研究指导原则》中“中药新药治疗过早搏动的临床研究指导原则”中关于阴虚火旺的诊断标准。纳入标准:(1)年龄在 50~75 岁。(2)符合《内科学》第 8 版中关于冠心病的诊

断标准。(3)符合《中药新药临床研究指导原则》中“阴虚火旺”诊断标准。(4)签署知情同意书者。排除标准:(1)合并重症肝肾疾病、心肌病、恶性心律失常、血液系统疾病等重症疾病。(2)妊娠期及哺乳期妇女。(3)心功能Ⅲ级及Ⅳ级患者。(4)对本药已知成分过敏者。

1.2 临床资料 选取山东省中医院心病科住院及门诊患者冠心病患者 80 例,按随机数字表法将其分为试验组 40 例,对照组 40 例。两组患者临床资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 试验组采用山东中医药大学附属医院院内制剂养心复脉冲剂,规格为每包 9 g,对照组采用心律宁片,每次 4 粒,每日 3 次。两组疗程均为 6 周。

1.4 观察指标 观察两组治疗前后相关症状、体征、

舌脉、心率的变化以及常规心电图、动态心电图的变化。观察两组治疗前后血、尿、便常规、肝肾功能变化情况。

1.5 疗效标准 (1)早搏疗效评定。控制:早搏消失或基本消失,动态心电图早搏消失或为偶发(小于 30 次/24 h)。显效:早搏较前减少 80 %以上。有效:早搏较前减少 30%~80%。无效:用药后早搏无变化或减少<30%。加重:早搏较前增加超过 30%。(2)中医证候评定标准。控制:中医症状记分为 0 分。显效:中医症状记分减少超过 2/3。有效:中医症状记分减少超过 1/3,少于 2/3。无效:中医症状记分减少少于 1/3。加重:中医症状记分增加超过 1/3。(3)综合疗效评定。控制:症状消失,动态心电图早搏消失或为偶发(小于 30 次/24 h)。显效:症状记分减少超过 2/3;动态心电图达到显效标准。有效:症状记分减少超过 1/3,少于 2/3,动态心电图早搏减少达到有效标准。无效:症状无改善或记分减少少于 1/3,动态心电图基本与治疗前相同或减少小于 30%。加重:症状记分增加超过 1/3,动态心电图与治疗前相比增加超过 30%。3 组总有效率均=(控制+显效+有效)/总例数×100%。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,并对数据采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗后早搏疗效比较 见表 1。结果示试验组总有效率为 72.50%,明显高于对照组的 50.00%($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗后早搏疗效比较(n)

组别	n	控制	显效	有效	无效	加重	总有效率(%)
试验组	40	2	7	20	11	0	72.50 [△]
对照组	40	1	5	14	20	0	50.00

与对照组比较,[△] $P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗后中医证候疗效比较 见表 2。结果示试验组治疗总有效率为 90.00%,明显高于对照组的 80.00%($P < 0.05$)。

表 2 两组治疗后中医证候疗效比较(n)

组别	n	控制	显效	有效	无效	加重	总有效率(%)
试验组	40	4	13	19	4	0	90.00 [△]
对照组	40	2	7	23	8	0	80.00

2.3 两组治疗后综合疗效比较 见表 3。结果示试验组治疗总有效率为 72.50%,明显高于对照组的 62.50%($P < 0.05$)。

表 3 两组治疗后综合疗效比较(n)

组别	n	控制	显效	有效	无效	加重	总有效率(%)
试验组	40	3	10	16	11	0	72.50 [△]
对照组	40	1	4	20	15	0	62.50

3 讨论

心悸一证,多由五志所伤,操劳过度,导致心阴暗耗,心阴不足,日久化热,内扰心神,发为心悸。在心悸的发病过程中,“神”的作用不可忽视。心主神志,心藏神,换言之,心是神的载体,心失所养,神亦失所养。心之形质受损,必然引起心神不宁之证。这是中医“形神一体观”理论在心悸病机中的具体应用。

形神一体观理论在心病学科临床中的指导意义较大,尤其是在心律失常治疗方面。现代人生活压力大,应酬较多,膏粱厚味,多思多虑,易导致心之形质受损,同时心主神明的功能亦受损。心悸治疗时,应从“形”和“神”两方面着手,以滋阴降火,宁心安神为原则,补心体,畅心用,采用滋阴与宁心药物并重,在此基础上进行加减,临床每获佳效。

养心复脉冲剂是山东中医药大学附属医院院内制剂,经过多年应用,效果良好。方中采用生地黄与人参相伍,益气养阴之力强,共为君药。臣药为玄参、黄芪、黄连、丹参、枣仁。玄参清热凉血,泻火解毒,《本草正义》言:玄参,禀至阴之性,专主热病,味苦则泄降下行,故能治脏腑热结等证。黄芪,善补气,张景岳称其“专于气分而达表,所以能补元阳,充腠理,治劳伤,长肌肉”。黄芪与玄参一益气,一滋阴,针对气阴两虚而设。黄连,清热泻火,《药类法象》中记载其能“泻心火”,丹参,活血祛瘀,清心除烦,《滇南本草》:补心定志,安神宁心。治健忘怔忡,惊悸不寐。酸枣仁,功能宁心安神,与黄连、丹参合用,针对瘀血内阻,日久化热,扰乱心神所设。佐药中麦冬、五味子养心阴敛心神,当归、苦参活血清热,甘松宁神定悸,桂枝性温,取少火生气之意,同时防止苦寒药物伤正,一药两用。使药炙甘草补中宁心,同时调和诸药。全方共奏益气养阴,活血通络,宁心定悸之功效。

本试验由于条件及时间所限,纳入病例数尚少,今后将陆续增加观察病例数量,争取形成较大样本研究。

参考文献

- [1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:5.
- [2] 丁书文, 焦华琛. 青山健心片抗心脏过早搏动的临床研究[J]. 中华中医药学刊,2008,26(7):1365-1367.

(收稿日期 2014-06-11)

清肺定喘方加减辨治小儿支气管哮喘急性期的临床研究*

沈平心 郑国锋 陈 飞 陈方兰 林益振

(浙江省瑞安市第二人民医院, 浙江 瑞安 325200)

中图分类号: R725.6 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0141-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.053

【摘要】目的 观察清肺定喘方加减辨证治疗急性期小儿支气管哮喘的临床疗效。**方法** 选取门诊急性期小儿支气管哮喘患儿 148 例, 随机分为两组。对照组给予西医常规治疗; 观察组在对照组基础上给予清肺定喘方加减辨证治疗。对两组患儿治疗前后症状体征进行评分, 并对两组患者治疗效果进行评价。**结果** 两组患者治疗后喘息、咳嗽、咯痰、喘鸣音以及总分均较治疗前明显降低 ($P < 0.05$), 且观察组患者降低更为明显 ($P < 0.05$)。观察组患者临床痊愈率和总有效率均明显高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 清肺定喘方加减辨证治疗急性期小儿支气管哮喘实现了对患儿的个体化治疗, 在改善患者临床症状和体征方面具有显著作用, 有利于提高患儿的治疗效果, 而且给药方便, 适合儿童用药。

【关键词】 清肺定喘方 小儿 支气管哮喘

Effect of Qingfeidingchuan Decoction in Acute Bronchial Asthma SHEN Pingxin, ZHENG Guofeng, CHEN Fei, et al. The Second People's Hospital, Ruian City, Zhejiang Province, Zhejiang, Ruian 325200, China

【Abstract】Objective: To investigate the clinical efficacy of Qingfeidingchuan Decoction treatment of acute bronchial asthma in children. **Methods:** Children with acute bronchial asthma in children 148 cases were randomly divided into two groups comparable. The control group was treated with conventional Western medicine. The observation group was given the Qingfeidingchuan Decoction on the basis of the control group. Some indices were compared in two groups of children before and after treatment to evaluate the effect of two groups of patients. **Results:** After treatment, wheezing, cough, sputum, wheezing, and scores of patients in the 2 group were reduced obviously ($P < 0.05$). The observation group were reduced more significantly. The cure rate and the total effective rated of patients in the observation group were higher than those in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Qingfeidingchuan Decoction syndrome treatment of acute bronchial asthma in children realization of children's individual has a significant role in improving the clinical signs and symptoms. It also improve the treatment of children. Meanwhile, it is convenient and suitable for children medication.

【Key words】 Qingfeidingchuan Decoction; Children; Bronchial asthma

支气管哮喘是临床常见病的呼吸道疾病, 西医认为与气道慢性炎症反应有关, 临床多采取茶碱类激素、 β_2 受体激动剂进行治疗, 但是对于小儿患者而言长期用药很容易出现不良反应^[1]。通过中医进行治疗相对而言更为温和和安全^[2]。本研究通过对 76 例小儿支气管哮喘急性期患者在西医治疗基础上加用清肺定喘方加减辨证治疗取得较好效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 排除合并其他系统原发疾病或者是有精神疾病的患儿; 排除治疗依从性较差者; 排除对相关药物过敏者。

1.2 临床资料 选取 2012 年 5 月至 2014 年 4 月期间我院门诊收治的急性期支气管哮喘小儿患者 148

例, 按照随机数字表法随机分为两组。其中对照组 72 例, 男性 41 例, 女性 31 例; 年龄 3~11 岁, 平均 (5.17 ± 0.38) 岁; 病程 1~5 d, 平均 (2.83 ± 0.21) d; 病情程度为轻度 14 例, 中度 58 例, 重度 0 例。观察组 76 例, 男性 43 例, 女性 33 例; 年龄 3~12 岁, 平均 (5.22 ± 0.37) 岁; 病程 1~5 d, 平均 (2.79 ± 0.23) d; 病情程度为轻度 15 例, 中度 61 例, 重度 0 例。两组患儿在性别、年龄、病程、病情程度等方面差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予西医常规治疗, 以 5~10 mg/kg 氢化可的松琥珀酸钠(天津生物化学制药, 国药准字 H12020493, 规格 50 mg) 加入 10% 葡萄糖注射液 100 mL 静滴, 每日 1 次; 以 1 mg 布地奈德粉雾剂(上海信宜百路达药业有限公司, 国药准字 H20080316, 规格 0.2 mg) 联合 5 mg 硫酸特布他林雾化溶液(生产商: Draco Lakemedel AB, 国药准字 H 20030642) 入 1~2 mL

* 基金项目: 浙江省瑞安市科技计划项目(201102080)

0.9%氯化钠注射液雾化吸入,每日 2 次;根据患儿年龄每日 2 次给予丙卡特罗片(浙江大冢制药有限公司,国药准字 H10930017,规格 25 μg)口服,其中 5 岁以下患儿每次半片,6 岁以上患儿每次 1 片。观察组在对照组基础上给予清肺定喘方加减:矮地茶 15 g,葶苈子 10 g,杏仁、桑白皮各 9 g,炙麻黄、地龙、白果、丹参、桃仁、瓜蒌各 6 g,甘草 3g。寒哮者分别加用桂枝 5 g,细辛 2 g;热哮者分别加用石膏 15 g,黄芩 6 g;痰多者加用胆南星和浙贝母各 10 g;咳嗽严重者加用款冬花和紫菀各 10 g;哮喘者加用地龙和射干各 10 g。所有药物都使用免煎制剂,以温开水冲兑至 120~180 mL,5 岁以下儿童每次服用 30 mL,6 岁及以上儿童每次服用 60 mL,每日 2 次,每服用 5 d 后停药 2 d。

1.4 观察指标 于治疗前后对两组患者临床症状和体征进行评分,评分设计喘息、咳嗽、痰鸣以及哮鸣音 4 个方面,根据《中药新药临床研究指导原则》中的相关标准^[3],划分为无、轻、中、重度,分别记为 0 分、2 分、4 分和 6 分,计算总积分。

1.5 疗效标准 对两组患者治疗效果进行评价。以患者临床表现恢复正常或基本恢复正常,证候积分减少 $\geq 95\%$ 为痊愈;以临床表现较治疗前有明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$ 为显效;以患者临床表现较治疗前有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$ 为好转;以患者临床表现与治疗前相比没有改善,甚至加重,证候积分减少 $< 30\%$ 为无效^[4]。以痊愈、显效、好转为总有效。

1.6 统计学处理 应用 SPSS13.0 统计软件。计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后症状体征评分比较 见表 1。两组患者治疗后喘息、咳嗽、咯痰、喘鸣音以及总分均较治疗前明显降低($P < 0.05$),且观察组患者降低更为明显($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗前后症状体征评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	喘息	咳嗽	咯痰	喘鸣音	总分
观察组 ($n=76$)	治疗前	2.75 $\pm$ 0.20	3.42 $\pm$ 0.23	2.30 $\pm$ 0.18	4.39 $\pm$ 0.35	13.11 $\pm$ 1.34
	治疗后	1.03 $\pm$ 0.11 ^{*Δ}	1.98 $\pm$ 0.17 ^{*Δ}	0.76 $\pm$ 0.10 ^{*Δ}	0.48 $\pm$ 0.05 ^{*Δ}	4.30 $\pm$ 0.48 ^{*Δ}
对照组 ($n=72$)	治疗前	2.71 $\pm$ 0.22	3.38 $\pm$ 0.29	2.29 $\pm$ 0.19	4.30 $\pm$ 0.22	12.68 $\pm$ 1.52
	治疗后	2.07 $\pm$ 0.19 [*]	2.33 $\pm$ 0.26 [*]	1.41 $\pm$ 0.18 [*]	0.73 $\pm$ 0.09 [*]	6.54 $\pm$ 0.68 [*]

与本组治疗前比较, $^*P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

2.2 两组临床疗效比较 见表 2。观察组患者临床痊愈率和总有效率均明显高于对照组($P < 0.05$)。

3 讨论

哮喘在现代医学中被认为是由于气道炎症所致,哮喘患者都有不同程度的气道高反应性以及气道弥漫

表 2 两组临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	总有效(%)	痊愈率(%)
观察组	76	7	37	28	4	72(94.74) ^{Δ}	9.21 ^{Δ}
对照组	72	2	21	41	8	64(88.89)	2.78

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

性、可逆性阻塞,因此治疗大多以抗炎和扩张气管为主要方法,但是效果并不十分理想^[5]。

在中医理论中,痰湿小儿哮喘的重要病理因素,由于小儿大多为纯阳体质,而且肺脏较为娇嫩,感邪之后伏痰化热入理,从而引起哮喘^[6]。此外痰瘀互阻也是导致哮喘的一个重要环节,也是导致病情反复发作,经久难愈的重要原因^[7]。由此可见急性期小儿支气管哮喘的主要病理基础在于热、痰、瘀 3 方面,因此治疗应选择清肺化痰、止咳平喘、理气活血的方剂。本观察中清肺定喘方以地茶和白果为君药,均具有止咳化痰、敛肺定喘的作用;葶苈子、炙麻黄以及杏仁作为臣药,可以泻肺平喘^[8];佐药桑白皮、地龙和瓜蒌除泻肺平喘之外还具有解痉化痰的功效,而同样作为佐药的丹参和桃仁在活血化痰的同时不会损耗气血。桂枝和细辛具有宣肺散寒的作用,适合寒哮者^[9];黄芩和石膏具有宣肺清热的作用,因此适用于热哮者;胆南星和浙贝母具有化痰止咳的作用,适合痰液较多者;款冬花和紫菀具有宣肺止咳的作用,咳嗽严重者可以添加;射干和地龙具有解痉的作用,哮喘明显者可以添加^[10]。

本研究表明,清肺定喘方加减辨证治疗急性期小儿支气管哮喘实现了对患儿的个体化治疗,在改善患者临床症状和体征方面具有显著作用,也有利于提高患儿的治疗效果,而且给药方便,适合儿童用药。

参 考 文 献

- [1] 周晓星,邢向晖.防哮颗粒联合中医护理干预对哮喘缓解期患儿免疫功能的影响[J].齐鲁护理杂志,2012,18(28):9-11.
- [2] 樊荣兴.中医辅助治疗治疗老年中度慢性持续期哮喘的临床效果分析[J].中国医药指南,2013,11(33):208-209.
- [3] 马喜凤,张士卿,吴丽萍,等.冬病夏治哮喘贴穴位贴敷治疗小儿支气管哮喘缓解期临床观察[J].中国中医药信息杂志,2011,18(4):75-76.
- [4] 高彦阳,周文琦,陈凡平,等.中医康复健康教育路径对支气管哮喘患者的护理研究[J].河北中医,2011,33(6):920-921.
- [5] 许朝霞,李学良,钱鹏,等.哮喘大鼠肺组织 TGF- β_1 与 Smad3、Smad7 蛋白的变化及不同中医治法对其的影响[J].环球中医药,2012,5(12):900-904.
- [6] 庄岚,陆沛,吴金峰,等.中医护理改善老年支气管哮喘急性发作期患者抑郁和焦虑的临床观察[J].老年医学与保健,2013,19(3):190-192.
- [7] 张元元,张燕萍,王书臣,等.益肾活血平喘方药对哮喘患者病情控制水平和生命质量的影响[J].现代中西医结合

- 杂志, 2013, 22(2): 115-116.
- [8] 张新光, 刘芳, 薛征, 等. 化痰祛瘀疏肝法预防性干预对哮喘小鼠 NGF-TrkA 信号通路的影响[J]. 世界中医药, 2013, 8(6): 652-655.
- [9] 刘仁慧, 杨婧, 王培, 等. 淫羊藿女贞子对激素干预撤停阶段大鼠哮喘模型 HPA 轴及骨代谢的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(5): 137-139.
- [10] 刘仁慧, 陈忻, 许利平, 等. 淫羊藿女贞子对激素干预哮喘大鼠模型气道炎症的影响研究[J]. 国际呼吸杂志, 2012, 32(20): 1552-1555.
- (收稿日期 2014-06-25)

足三里穴位注射聚肌胞配合阿昔洛韦、泼尼松治疗带状疱疹的临床观察

龙 森

(四川省成都市新都区第二人民医院, 四川 成都 610000)

中图分类号: R246 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0143-02
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.054

【摘要】目的 观测穴位注射聚肌胞配合阿昔洛韦、泼尼松治疗带状疱疹的临床疗效。**方法** 将 140 例带状疱疹患者随机分为两组。治疗组应用足三里穴位注射聚肌胞配合阿昔洛韦、泼尼松治疗。对照组用阿昔洛韦、泼尼松治疗。疗程 10 d。**结果** 治疗组痊愈 32 例, 显效 22 例, 好转 9 例, 无效 2 例, 愈显率为 83.08%。对照组痊愈 21 例, 显效 23 例, 好转 16 例, 无效 6 例, 愈显率为 66.67%。**结论** 足三里穴位注射聚肌胞配合阿昔洛韦、泼尼松治疗带状疱疹效果显著, 疼痛缓解快。

【关键词】 带状疱疹 阿昔洛韦 糖皮质激素 穴位注射

笔者应用穴位注射聚肌胞配合阿昔洛韦、泼尼松治疗带状疱疹, 取得了满意疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 所有患者均来自 2011 年 12 月至 2014 年 3 月新都区第二人民医院门诊。患者符合李曰庆主编《中医外科学》中带状疱疹诊断标准; 均有带状疱疹的典型临床表现, 发于躯干四肢, 病程在 7 d 内, 年龄 41~79 岁。同时排除带状疱疹的特殊类型; 无泼尼松禁忌证。排除心、肝、肾器质性疾病, 非糖尿病、高血压、凝血功能障碍患者; 妊娠或哺乳期妇女; 过敏体质或对本研究药物过敏者; 特殊部位如眼、耳、生殖器带状疱疹后遗神经痛; 合并有心脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病, 有糖尿病、精神病患者。入选前未采取与本病相关治疗措施; 知情同意并签署同意书者。患者按就诊顺序编号, 随机分为治疗组和对照组。治疗组治疗过程中脱落 5 例, 完成病例观察 65 例; 对照组治疗过程脱落 4 例, 完成病理观察 66 例。经统计学处理, 脱落病例不影响整体疗效评价。其中治疗组 65 例, 男性 29 例, 女性 36 例; 年龄 41~77 岁。对照组 66 例, 男性 32 例, 女性 34 例; 年龄 42~78 岁。两组性别、年龄和病情程度、治疗前积分、疼痛 VAS 评分等基线指标差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 (1) 治疗组给予阿昔洛韦 2 片, 每日 1 次; 泼尼松片, 前 4 d 给予 10 mg, 每日 3 次, 后 3 d 给

予 5 mg, 每日 3 次, 然后停用激素。共治疗 10 d。穴位注射: 取单侧足三里穴, 用 2 mL 注射器配 6 号针头吸取聚肌胞注射液 2 mL, 常规消毒穴位后, 垂直进针, 得气、回抽无血后缓慢注入药液, 以患者产生酸胀感并向下传至足背为佳。3 d 治疗 1 次, 双侧穴位交替进行, 共治疗 3 次。(2) 对照组给予阿昔洛韦及泼尼松口服, 方法、疗程同治疗组。两组患者均需忌食辛辣, 保证休息、保护好疮面, 10 d 后观察疗效。

1.3 观察项目和疗效标准

1.3.1 效应指标 (1) 临床疗效: 评分包括局部疼痛、水疱数目、疱疹性状、烧灼感、睡眠等的总积分。①局部痛: 无 0 分; 微痛 3 分; 较明显, 能忍受 6 分; 痛甚, 难忍受 9 分。②水疱数目: 无 0 分; 水疱 1~2 簇 < 10 个 2 分; 水疱 3~4 簇 < 30 个 4 分; 水疱 ≥ 5 簇 (30 个水疱以上) 6 分。③水疱性状: 结痂 0 分; 水疱 2 分; 脓疱或血疱 4 分; 形成深溃疡 6 分。④烧灼感: 无 0 分; 微热感 2 分; 烧灼感, 能忍受 4 分; 烧灼感, 难忍受 6 分。⑤睡眠: 正常 0 分; 轻微影响 3 分; 介于二者之间 6 分; 彻夜难以入眠 9 分。(2) 疼痛指标: 采用视觉模拟量表 (VAS) 评分法评价。(3) 安全性指标: 包括局部和整体不良反应。**1.3.2 疗效标准** 参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》。采用尼莫地平法计算公式: 疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。痊愈: 疼痛消失, 正常, 皮损区域皮肤色泽正常, 疗效指数 ≥ 95%; 显效: 疼痛减轻, 睡眠基本正常, 皮损区域皮肤色泽基本

正常,疗效指数 $\geq 70\%$;有效:疼痛减轻,睡眠好转,皮损区域皮肤色泽好转,疗效指数 $\geq 30\%$;无效:疼痛未减,睡眠未改善,疗效指数 $< 30\%$ 。

1.4 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,符合正态分布用 t 检验,不符合用 M-W 检验;非等级计数资料用 χ^2 检验,等级资料用 M-W 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。治疗组愈显率明显优于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗后综合疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	愈显率(%)
治疗组	65	32	22	9	2	83.08 [△]
对照组	66	21	23	16	6	66.67

与对照组比较,[△] $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后疼痛 VAS 评分比较 见表 2。治疗后治疗组 VAS 评分优于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组治疗前后疼痛 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	39	6.38 $\pm$ 0.84	0.95 $\pm$ 1.16 [△]
对照组	38	6.29 $\pm$ 0.93	1.72 $\pm$ 1.29

与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$ 。

2.3 不良反应观察 两组均无明显不良反应,两组中各有 2 例出现双下肢、眼睑水肿,停用阿昔洛韦,其他药物继续,约 1 周后水肿基本消退。治疗组 4 例出现注射部位胀痛,未给予处理,一般 24 h 内消退。

2.4 随访 治疗后 1、3 月进行随访,结果对照组随访 52 例,治疗组随访 48 例,经统计学比较,两组在复发、疼痛程度、睡眠等指标上均无明显差异($P > 0.05$)。

3 讨论

带状疱疹是潜伏在感觉神经节的水痘-带状疱疹病毒经再激活引起的病变,主要引起皮损和神经损害,急性期疼痛是因为周围神经的炎症反映和皮肤损伤引起^[1]。有文献报道 9%~13% 的患者出现带状疱疹后遗神经痛,50 岁以上可达 50%^[2],因此,迅速缓解神经疼痛以及预防后遗神经痛的发生是治疗带状疱疹的主要目标。在本次治疗中,阿昔洛韦是一种抗核酸生物合成的、低毒、选择性强的抗病毒药物,目前被广泛应用于疱疹性皮肤病的防治,是世界公认的抗疱疹病毒首选药物。同时早期合理应用糖皮质激素,可抑制受累神经细胞炎症过程、减轻神经节的炎症,对抑制成纤维细胞的增值、降低胶原的合成、抑制炎症后纤维化有明显的作用,有效地缓解了疼痛并防止后遗神经痛的发生^[3]。

聚肌胞是一种高效干扰素诱导剂,有广谱抗病毒作用,同时可直接作用于免疫系统,增强免疫功能,产生免疫反应调节作用,有利于病毒感染症状减轻或消除。针刺穴位对神经系统有特殊的刺激作用,能提高机体的多种免疫功能,加速疾病的痊愈^[4],所以笔者通过患侧足三里注射聚肌胞刺激整个身体的免疫能力和转移患者疼痛注意力。用这种治疗方法能很快减轻患者的疼痛症状,在治疗过程中,刚开始用药的前 2 d 有 34 例患者出现皮损加重情况,这些患者一般处于在刚发病的 2 d 内,继续用药后未再有患者出现新的皮损,可能和病情本身发展或者加用了糖皮质激素使疾病播散^[5]有关。进行第 3 次穴位注射时,有 25 例患者述疱疹处有瘙痒,考虑为皮损处新生的血管和神经都要长进结缔组织,由于长进结缔组织里的血管特别密,所以正在生长的新的神经与其挤压就容易受到刺激。

从随访中也可以看出,治疗组后遗神经痛发生率更低,可说明穴位注射^[5]聚肌胞在本病中的优势。笔者分析主要为以下原因:穴位注射是把针刺与药理、药水对对穴位的渗透刺激作用结合在一起发挥综合效能,故对某些疾病能提高疗效^[6]。足三里穴为足阳明经合穴,为强壮穴之一,现代医学早已证明该穴具有增加机体免疫力的功用^[7],已有实验证明针刺足三里能增强老年大鼠单核巨噬细胞吞噬功能,进而增强机体的免疫能力^[8]。因此采用穴位注射,既补气血又调节免疫,发挥药物和穴位的双重作用,所以效果更显著。

在本次临床观察中,治疗带状疱疹疗效显著,简单易行,经济实惠,本结果表明阿昔洛韦联合泼尼松及穴位注射聚肌胞治疗带状疱疹可以获得较好的疗效,而且安全。

参考文献

- [1] Haanpaa M, dastidar P, Weinberg A, et al. CSF and MRI findings in patients with acute herpes zoster[J]. *Neurology*, 1998, 51(5): 1405-1411.
- [2] 黄冰,孔杰,陆亚萍,等.带状疱疹后遗神经痛的特征及其预防[J]. *中国临床康复*, 2005, 9(3): 117.
- [3] 杨国亮. *皮肤病学*[M]. 上海:上海科学技术文献出版社, 2005: 7.
- [4] 王建华. 穴位注射治疗带状疱疹[J]. *山东中医杂志*, 2000, 19(7): 36.
- [5] 孙国志. *针灸学*[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2005: 300.
- [6] 吴波, 陈前明. 耳穴贴压联合穴位注射治疗带状疱疹临床研究[J]. *西南国防医药*, 2013, 1(1): 38.
- [7] 倪峰,林静瑜. 穴位注射疗法作用机制探讨[J]. *中国针灸*, 2003, 2(10): 609.
- [8] 李亚东,高洪泉,朱梅,等. 针刺老年大鼠“足三里”穴时 NO、SOD、MDA 以及免疫影响的实验研究[J]. *现代中西医结合杂志*, 2000, 9(4): 283-284.

(收稿日期 2014-07-05)

天麻钩藤饮加减对妊娠期高血压疾病患者 RSS 系统的影响*

刘媛媛 刘 英 柯雁飞

(广东省深圳市龙华新区人民医院, 广东 深圳 518109)

中图分类号: R714.24*6 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0145-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.055

【摘要】目的 观察天麻钩藤饮加减对妊娠期高血压疾病(HDCP)患者 RSS 系统的影响。**方法** 将 160 例 HDCP 患者随机分为治疗组和对照组各 80 例。对照组给予硫酸镁注射液静脉滴注;治疗组在硫酸镁注射液治疗基础上加用天麻钩藤饮加减治疗。于两组治疗前和治疗 72 h 后比较血压、24 h 尿蛋白定量及血清肾素活性(PRA)、血管紧张素 II(Ang II)水平变化。**结果** 两组治疗后收缩压和舒张压与治疗前比较均明显下降,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。治疗后,治疗组收缩压和舒张压显著优于对照组,与对照组比较差异具有统计学意义($P < 0.01$)。两组治疗后 24 h 尿蛋白定量与治疗前比较均明显下降,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。治疗后,治疗组 24 h 尿蛋白定量显著优于对照组($P < 0.01$)。治疗后,治疗组血清肾素活性(PRA)和血管紧张素 II(Ang II)下降明显($P < 0.01$)。**结论** 在硫酸镁解痉药物治疗基础上应用天麻钩藤饮加减治疗 HDCP 能够显著改善患者血压和 24 h 尿蛋白定量,其作用可能与降低血清 PRA 和 Ang II 水平有关。

【关键词】 妊娠期高血压疾病 天麻钩藤饮 肾素 血管紧张素 II

Effect of Tianmagouteng Decoction on RSS System in Patients with Hypertensive Disorder Complicating Pregnancy LIU Yuanyuan, LIU Ying, KE Yanfei. Longhua People's Hospital of Shenzhen City, Guangdong Province, Shenzhen 518109, China

【Abstract】Objective: To investigate the effect of Tianmagouteng Decoction on RSS system in patients with hypertensive disorder complicating pregnancy (HDCP). **Methods:** 160 HDCP cases were randomly divided into the control group and the observation group with 80 cases in each group. The control group was given Magnesium sulfate injection therapy and the observation group was given Magnesium sulfate injection combined Tianmagouteng Decoction. Levels including the blood pressure, the 24 hours urinary protein excretion, the serum renin activity and the Ang II were compared before and after 72 hours treatment. **Results:** The systolic blood pressure and diastolic blood pressure were significantly lower than those in the control group after 72 hours treatment. There was a statistical difference about the intra-group comparison of systolic and diastolic pressures in both groups ($P < 0.01$). The effect of reducing blood pressure in the observation group was significantly better than that in the control group ($P < 0.01$). The 24 hours urinary protein excretion were significantly lower than that in the control group after 72 hours treatment, The intra-group comparison of 24 hours urinary protein excretion had significant differences in both groups ($P < 0.01$). The serum renin activity and Ang II were significantly lower than those in the control group after 72 hours treatment, The intra-group comparison of serum renin activity and Ang II had significant differences in both groups ($P < 0.01$). **Conclusion:** The pressure and 24 hours urinary protein excretion has a remarkable improvement with Magnesium sulfate injection combined Tianmagouteng Decoction on patients with hypertensive disorder complicating pregnancy. It may be connected with reducing the serum renin activity and Ang II level.

【Key words】 Hypertensive disorder complicating pregnancy; Tianmagouteng Decoction; Renin activity; Ang II

妊娠期高血压疾病(HDCP)是孕产妇特有的一种全身性疾病,以高血压、蛋白尿、水肿为主要临床表现,严重者可出现抽搐、昏迷、心肾功能衰竭,常合并产科出血等。HDCP 在妊娠中的发生率为 6%~8%,已成为孕产妇及围生儿死亡的主要原因之一^[1]。大量研究示,

中医药在改善 HDCP 患者的蛋白尿、减轻水肿及降低血压方面有一定的特色优势^[2-3]。笔者在硫酸镁解痉基础上应用天麻钩藤饮加减治疗 HDCP 80 例,并与单用硫酸镁治疗对比临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 全部入组病例诊断均符合《妇产科学》有关 HDCP 的诊断标准^[4]。

* 基金项目:广东省深圳市宝安区科技计划-社会公益立项资助项目(2012256)

1.2 病例资料 观察病例来源于 2012 年 5 月至 2013 年 12 月在深圳市龙华新区人民医院产二科病房住院及门诊就诊的 HDCP 患者 160 例。按随机数字表将入组病例随机分为治疗组和对照组。治疗组 80 例, 年龄 21~40 岁, 平均(28.6±4.3)岁; 孕期 26~39 周, 平均(31.7±3.2)周; 初产妇 52 例, 经产妇 28 例。对照组 80 例, 年龄 22~42 岁, 平均(29.3±4.6)岁; 孕期 27~39 周, 平均(32.5±3.4)周; 初产妇 49 例, 经产妇 31 例。两组患者在年龄、孕期等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组将 25% 硫酸镁注射液 60 mL 加入 5% 葡萄糖注射液 50 mL 静滴, 每日 1 次。治疗组在对照组基础上加用天麻钩藤饮加减: 天麻 15 g, 栀子 15 g, 黄芩 15 g, 杜仲 15 g, 益母草 20 g, 桑寄生 15 g, 夜交藤 10 g, 茯神 20 g, 川牛膝 20 g, 钩藤 20 g(后下), 石决明 30 g(先煎)。口苦面赤加夏枯草 10 g, 龙胆草 6 g; 痰湿重加陈皮 10 g, 半夏 10 g; 心悸加小麦 30 g, 人参 15 g; 低热加白薇 10 g, 地骨皮 10 g。以上诸药水煎, 取汁约 200 mL, 每日 1 剂, 早晚分服。

1.4 观察指标 比较两组治疗前与治疗 72 h 后血压、24 h 尿蛋白定量及血清肾素活性(PRA)、血管紧张素 II (Ang II) 水平变化。PRA、Ang II 检测采用放射免疫法, 试剂盒均由北京北方生物制品研究所提供, 操作按说明书进行。

1.5 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件。计量资料采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后血压比较 见表 1。两组治疗后收缩压和舒张压与治疗前比较均明显下降($P<0.01$)。治疗组收缩压和舒张压显著优于对照组($P<0.01$)。

表 1 两组治疗前后血压比较(mmHg, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	收缩压	舒张压
治疗组 ($n=80$)	治疗前	165.6±12.5	100.8±8.1
	治疗后	131.4±8.7 ^{*△}	84.6±5.5 ^{*△}
对照组 ($n=80$)	治疗前	167.2±13.4	102.3±8.6
	治疗后	145.7±9.5 [*]	89.5±6.3 [*]

与本组治疗前比较, $^*P<0.01$; 与对照组治疗后比较, $^{\Delta}P<0.01$ 。下同。

2.2 两组治疗前后 24 h 尿蛋白定量、PRA 及 Ang II 水平比较 见表 2。两组治疗后 24 h 尿蛋白定量与治疗前比较均明显下降($P<0.01$)。治疗组显著优于对照组($P<0.01$)。治疗组 PRA 和 Ang II 组内治疗前后比较差异具有统计学意义($P<0.01$)。治疗后, 治疗组 PRA 和 Ang II 与下降明显, 与对照组比较差异具有统计学意义($P<0.01$)。

3 讨论

常发生在妊娠 20 周以后至产后 2 周^[5]。目前按国

表 2 两组治疗前后 24 h 尿蛋白定量、PRA 及 Ang II 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	24 h 尿蛋白定量(mg/24 h)	PRA(μ g/L)	Ang II (ng/L)
治疗组 ($n=80$)	治疗前	2.53±0.39	2.93±1.06	76.95±34.37
	治疗后	1.24±0.27 ^{*△}	1.74±0.65 ^{*△}	60.21±23.64 ^{*△}
对照组 ($n=80$)	治疗前	2.50±0.42	2.87±1.12	77.48±36.95
	治疗后	1.57±0.31 [*]	2.75±0.97	75.93±32.41

际有关分类, HDCP 包括: 妊娠期高血压、先兆子痫、子痫、原发高血压并妊娠、及因肾病、肾上腺疾病等继发高血压并妊娠等。目前, 对于 HDCP 的病因及发病机制尚未完全阐明, 研究认为可能与子宫胎盘出血、免疫遗传及前列腺素缺乏有关。以往研究证实, 高血压病与交感神经系统活性亢进、内皮功能异常、水钠潴留、肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活等危险因素有关。

目前, 对 HDCP 的治疗仍以硫酸镁等综合治疗为主^[6-7]。之所以将硫酸镁视为 HDCP 解痉首选药是因为其可通过对血管神经肌肉的抑制, 使运动神经末梢乙酰胆碱的释放减少, 使骨骼肌平滑肌松弛, 进而具备扩张血管作用。

天麻钩藤饮是中医治疗肝阳上亢、息风上潜证的代表方之一。目前, 对天麻钩藤饮治疗高血压病的药效动力学及其作用机制的研究取得了一定的进展^[8-9]。本组研究多选方药中天麻、钩藤、石决明具有平肝息风之功; 黄芩、山栀可清肝泻火; 桑寄生、杜仲能补益肝肾; 茯神、夜交藤可养心安神; 益母草活血利水; 牛膝活血通络、引血下行。诸药合用, 共奏清热平肝、潜阳息风之效。本研究提示在硫酸镁解痉药物治疗基础上应用天麻钩藤饮加减治疗 HDCP 能够显著改善患者血压和 24 h 尿蛋白定量, 其作用可能与降低 PRA 和 Ang II 水平有关。

参考文献

- [1] 张雅玲. 硫酸镁联合硝苯地平治疗妊高征的疗效分析[J]. 中国医学工程, 2014, 22(8): 143.
- [2] 张英, 曹保利. 中药一贯煎辅助治疗妊高征并高脂血症疗效观察[J]. 山东医药, 2014, 54(7): 81-82.
- [3] 杜小红. 川芎嗪治疗妊高征疗效的 Meta 分析[J]. 中国优生优育, 2014, 20(3): 158-160.
- [4] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 104.
- [5] 赖晓群. 川芎嗪注射液联合硫酸镁治疗妊娠高血压综合征临床观察[J]. 中国中医急症, 2013, 22(11): 1966-1967.
- [6] 李敏. 硫酸镁联合硝苯地平治疗妊高症 60 例疗效分析[J]. 中国伤残医学, 2014, 22(1): 94-95.
- [7] 任韧. 硝苯地平与酚妥拉明及硫酸镁联合治疗妊高症疗效分析[J]. 当代医学, 2014, 20(16): 16-17.
- [8] 刘焯彬, 王履京, 任洪波, 等. 天麻钩藤饮联合培哚普利治疗高血压病 30 例[J]. 中医药学报, 2009, 37(1): 55-56.
- [9] 于洋, 刘莉, 金娟. 天麻钩藤饮对肝阳上亢型高血压病患者 SOD 及 ET 的影响[J]. 中医药学报, 2010, 38(2): 121-122.

(收稿日期 2014-09-16)

杭州地区治疗急性冠心病心绞痛中成药使用的有效性、安全性分析*

金红乔 王志雄

(浙江老年关怀医院, 浙江 杭州 310015)

中图分类号: R541.4 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0147-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.056

【摘要】目的 了解杭州地区使用中成药治疗急性冠心病心绞痛的有效性性与安全性。**方法** 搜集杭州地区急性冠心病心绞痛患者 95 例的一般资料,整理总结患者连续 3 个月的用药情况,将患者分为治疗组 44 例和对照组 51 例,对比两组患者之间用药一段时间后的病情好转情况,主要指标变化情况和不良反应情况,分析中成药(血塞通、复方丹参滴丸、银杏叶)和西药(硝酸异山梨酯、硝酸甘油、硝苯地平)对治疗急性冠心病心绞痛的有效性和安全性。**结果** 治疗组总有效率为 90.91%,高于对照组的 82.35% ($P < 0.05$);主要指标变化情况两者差别不明显 ($P > 0.05$);使用中成药出现不良反应的情况比西药明显降低 ($P < 0.01$)。**结论** 杭州地区用中成药治疗急性冠心病心绞痛患者其疗效确切,不良反应少。

【关键词】 急性冠心病心绞痛 中成药 有效性 安全性

Efficacy and Safety of Proprietary Chinese Medicine Treating Acute Angina Pectoris in Hangzhou City

JIN Hongqiao, WANG Zhixiong. Senior Care Hospital of Zhejiang Province, Zhejiang, Hangzhou 310015, China

【Abstract】Objective: To investigate efficacy and safety of proprietary Chinese medicine treating acute angina pectoris in Hangzhou. **Methods:** Data of 95 cases with acute angina pectoris were collected and their medication for 3 consecutive months was summarized. The patients were divided into proprietary Chinese medicine treatment group (44 cases) and western medicine control group (51 cases). After a period of time, the effective rates, main indicators of changes, and adverse reactions were compared. The efficacy and safety of proprietary Chinese medicine (*Xuesaitong*, *Compound danshen dropping pill*, *Ginkgo biloba*) and Western medicine (*Isosorbide dinitrate*, *Nitroglycerin*, *Nifedipine*) treating acute angina pectoris were analyzed. **Results:** Total effective rate of treatment group was 90.91%, higher than 82.35% of control group. The main indicators changes in both groups were not obvious, but the adverse reaction of proprietary Chinese medicine treatment group was less than that of western medicine control group. **Conclusion:** Proprietary Chinese medicine treating acute angina pectoris has obvious curative effect and less adverse reaction.

【Key words】 Acute angina pectoris; Proprietary Chinese medicine; Efficacy; Safety

冠心病是世界上最为常见的死亡疾病之一^[1]。我国冠心病的发病率近 20 年来也正在逐步增高,防御和治疗冠心病已经成为医学界当务之急。中成药是治疗和防御冠心病的重要手段之一^[2]。笔者调查了杭州地区利用中成药治疗冠心病的有效情况和安全性情况。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集并整理杭州地区到医院检查诊断为急性冠心病心绞痛的患者 95 例,其中男性 51 例,女性 44 例;年龄 38~81 岁,平均(62.88±9.81)岁。所有患者主诉都有心前区疼痛的典型症状,大部分患者伴有胸闷、气短等症状。排除标准:(1)合并肾病、高血压及其他器质性病变的患者;(2)治疗期间不停更换其他药物的患者;(3)用药顺应性不好的患者;(4)其他特殊

情况在用药期间出现严重反应的现象。将这些患者分为中成药治疗组 44 例和西药对照组 51 例。两组患者临床资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 研究方法 采用回顾性分析对所有患者病历资料进行汇总统计分析,主要统计一般资料、患者的用药情况、合并疾病、化验指标和用药后的不良反应等,对所得的结果进行总结分析,对比中成药(血塞通、复方丹参滴丸、银杏叶片)和西药(硝酸异山梨酯、硝酸甘油、硝苯地平)治疗急性冠心病心绞痛的有效性和安全性。

1.3 观察指标 观察两组患者有效率情况,两组患者治疗前后心率和心肌耗氧量变化情况,评价标准参考文献[3],两组患者治疗 3 个月后不良反应情况,评价标准参考文献[4]。

1.4 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P <$

* 基金项目:浙江省医药卫生平台重点资助计划(2012ZHB023)

0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组冠心病心绞痛患者临床疗效比较 见表 1。结果示治疗组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组冠心病心绞痛患者临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	44	18	22	4	40(90.91) [△]
对照组	51	19	23	9	42(82.35)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组冠心病心绞痛患者治疗前后心率和心肌耗氧量比较 见表 2。结果示治疗前后两组心率和心肌耗氧量差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 两组冠心病心绞痛患者治疗前后心率和心肌耗氧量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	心率(次/min)	心肌耗氧量(mL/min)
治疗组 ($n=44$)	治疗前	83.71 $\pm$ 9.47	1857.34 $\pm$ 330.29
	治疗后	74.52 $\pm$ 6.85	1432.57 $\pm$ 311.73
对照组 ($n=51$)	治疗前	82.99 $\pm$ 10.24	1877.23 $\pm$ 340.79
	治疗后	80.32 $\pm$ 5.98	1698.61 $\pm$ 326.57

2.3 两组冠心病心绞痛患者治疗 3 月后不良反应情况比较 见表 3。结果示治疗组总的不良反应明显小于对照组($P < 0.01$)。

表 3 两组冠心病心绞痛患者不良反应情况比较(n)

组别	n	头痛头晕	呕吐	血压降低	心动过速	总不良反应
治疗组	44	1	2	2	0	5(11.36) [△]
对照组	51	5	4	10	14	33(64.71)

3 讨论

急性冠心病心绞痛的治疗临床中主要为扩张血管、增加心脏的供血和供氧及抗凝等西药治疗方案^[5-6],虽然临床效果明显,但是有一定的毒副作用。治疗疗效、用药安全性的兼顾,中成药在现代治疗此种疾病越来越受到患者的一致认同。

本病属中医学“胸痹”、“心痛”范畴^[7-9]。中医学认为其发病机制主要是血瘀气滞,血脉不同瘀阻导致的

虚实夹杂,以实证为主的疾病,主要以活血化瘀、舒经通络为主,以达到气行血畅、去瘀生新、调养心脉的效果。本文中治疗组所用的血塞通、复方丹参滴丸、银杏叶等中成药的主要功效为温通开窍、行气化痰,主要对急性冠心病心绞痛、心肌梗塞和胸闷等心脏疾病治疗。

本研究共收集了杭州拱墅地区的急性冠心病心绞痛患者 95 例,根据患者服用的药物将其分为中成药治疗组和西药对照组,对比分析了两组患者在用药 3 个月后病情的控制情况,心率和心肌耗氧量情况,不良反应情况。总的来说,调查研究对该地区使用中成药治疗急性冠心病心绞痛患者的资料研究发现,中成药在治疗急性冠心病心绞痛方面的有效性和西药没有显著性差异,但是不良反应少,在安全性方面中成药较西药具有稍微优势,因此选择中成药治疗急性冠心病心绞痛不失为一种有效而且安全的治疗手段。

参 考 文 献

- [1] 吕传增. 冠脉活血汤治疗冠心病心绞痛 54 例[J]. 世界中西医结合杂志, 2010, 5(9): 792-794.
- [2] 张三林, 倪军, 卫世强, 等. 冠脉宁口服液治疗冠心病心绞痛 186 例临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2003, 1(5): 269-270.
- [3] 苏和, 黄燕, 张松波. 冠心病心绞痛蒙医证型诊断标准研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2009, 16(2): 13-16.
- [4] 房玉涛, 王硕仁. 冠心病心绞痛中医药防治临床研究的现状调查[J]. 中国中西医结合杂志, 2003, 23(5): 338-340.
- [5] 王宇, 张明. 冠心病心绞痛中医治疗探析[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(7): 193-194.
- [6] 刘莉, 何苗苗, 金娟, 等. 从益气活血法探析冠心病心绞痛[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(4): 613.
- [7] 刘运霞. 归脾汤加减在冠心病心绞痛患者中的应用价值研究[J]. 中国医药科学, 2012, 2(17): 91-92.
- [8] 吕国英. 中西医结合治疗冠心病心绞痛的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2012, 34(4): 52.
- [9] Takamatsu H, Yamashita T, Kotani T, et al. Ischemic heart disease associated with bortezomib treatment combined with dexamethasone in a patient with multiple myeloma[J]. International journal of hematology, 2010, 91(5): 903-906.

(收稿日期 2014-03-25)

说 明

《中国中医急症》杂志 2014 年第 23 卷第 10 期论文《参附注射液治疗老年休克患者 35 例临床观察》(文章编号: 1004-745X(2014)10-1926-02)的作者信息如下: 第一作者为北京市朝阳区第二医院张丽丽, 第二作者兼通信作者为北京市朝阳区第二医院王桂莲。

特此说明

中西医结合治疗急性尿路感染临床观察

姚丹萍 孟鑫鑫

(浙江省诸暨市第六人民医院, 浙江 诸暨 311801)

中图分类号: R691.3 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0149-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.057

【摘要】目的 观察自拟中药汤剂联合西药治疗急性尿路感染的临床疗效。**方法** 将 98 例急性尿路感染患者按照随机数字表法随机分为对照组和治疗组, 各 49 例。对照组给予常规西医治疗, 治疗组在对照组治疗基础上服用自拟中药汤剂。两组治疗均以 7 d 为 1 个疗程。**结果** 治疗组治疗后总有效率 93.88%, 显著高于对照组的 75.51% ($P < 0.05$); 治疗组治疗后平均症状消失时间、平均尿常规转阴时间、平均退热时间均明显短于对照组 ($P < 0.05$); 两组均无明显不良反应发生。**结论** 自拟中药汤剂联合西药治疗急性尿路感染疗效显著, 且无明显不良反应发生, 安全可靠。

【关键词】 自拟汤剂 急性尿路感染 中西医结合 不良反应

尿路感染是一种由细菌感染引起的尿路炎症, 是一种临床常见病、多发病, 包括膀胱炎、肾盂肾炎、尿道炎, 多见于女性^[1]。临床症状主要包括尿急、尿频、尿痛, 伴有腰痛、小腹痛、恶心呕吐、发热、寒颤、不思饮食等。尿路感染可分为单纯性尿路感染和复杂性尿路感染。近年来许多研究表明, 中西医结合治疗本病取得了明显的临床疗效。笔者采用自拟中药汤剂联合西药治疗急性尿路感染, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例临床诊断参照《内科学》中急性尿路感染相关标准拟定^[2]。纳入标准: (1) 符合诊断标准者; (2) 年龄 20~70 岁; (3) 无严重心、肝、肾功能异常者; (4) 与患者及家属签署知情同意书。排除标准: (1) 不符合诊断标准及纳入标准者; (2) 对本研究药物过敏者; (3) 妊娠妇女或者哺乳期妇女; (4) 有泌尿系统结核、结石、肿瘤等疾病的患者; (5) 慢性肾小球肾炎及糖尿病患者; (6) 严重精神病患者。

1.2 临床资料 选取 2012 年 12 月至 2014 年 2 月到我院接受诊治的 98 例急性尿路感染患者, 根据随机数字表法将其随机分为治疗组和对照组, 各 49 例。对照组 49 例, 男性 7 例, 女性 42 例; 年龄 23~65 岁, 平均 (43.24 ± 3.15) 岁; 病程 3~9 d, 平均 (4.38 ± 1.45) d。治疗组 49 例, 男性 9 例, 女性 40 例; 年龄 21~63 岁, 平均 (41.73 ± 3.94) 岁; 病程 2~10 d, 平均 (4.57 ± 1.29) d。两组患者临床资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组采取西医常规治疗, 口服盐酸左氧氟沙星片 (第一三共制药北京有限公司, 批准文号: 国药准字 H20040091, 0.5 g/片), 每日 1 次, 每次 1 片; 口服碳酸氢钠片 (广州康和药业有限公司, 批准文号: 国药准字 H44021960, 0.5 g/片), 每日 3 次, 每次 2 片。治疗组在对照组治疗基础上服用自拟中药汤剂,

方剂组成: 车前子 12 g, 篇蓄 12 g, 瞿麦 12 g, 滑石 9 g, 大黄 9 g, 山栀子仁 9 g, 木通 9 g, 金钱草 9 g, 石韦 9 g, 甘草 6 g。水煎服, 取汁 300 mL, 每日 1 剂, 分早晚两次温服。两组治疗均以 7 d 为 1 个疗程。

1.4 观察指标 观察两组患者临床症状改善情况 (包括治愈率、显效率、有效率及无效率), 记录两组患者每日体温, 观察两组患者退热起效时间; 观察两组患者尿常规转阴时间; 观察两组患者治疗后不良反应发生情况, 包括头痛、头晕、恶心呕吐及腹痛等。

1.5 疗效标准 参照《中西医结合肾脏病学》及《中药新药临床研究指导原则》中相关标准规定^[3-4]。治愈: 临床症状完全消失, 尿常规检查正常, 中段尿培养菌转阴。显效: 临床症状基本消失, 尿常规检查基本正常, 中段尿培养菌基本转阴。有效: 临床症状有所缓解, 尿常规检查有所改善, 中段尿培养菌有所转阴。无效: 临床症状无改变, 尿常规检查无改善, 中段尿培养菌仍为阳性, 甚至病情加重。总有效率 = (痊愈率 + 显效率 + 有效率)。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计分析软件。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 并对数据采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疗效比较 见表 1。结果显示治疗组总有效率为 93.88%, 显著高于对照组的 75.51% ($P < 0.05$)。

表 1 两组患者疗效比较 (n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	49	28	13	5	3	93.88 [△]
对照组	49	17	16	4	12	75.51

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗后临床症状改善情况比较 见表 2。结

果示治疗组治疗后平均症状消失时间、平均尿常规转阴时间、平均退热时间均明显短于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组临床症状改善情况比较($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)

组别	n	平均症状消失时间	平均尿常规转阴时间	平均退热时间
治疗组	49	3.26±0.94 [△]	4.12±1.25 [△]	2.35±1.16 [△]
对照组	49	4.93±1.35	6.83±1.79	3.94±1.78

2.3 安全性评价 治疗组治疗后发生轻微头痛 1 例, 呕吐 1 例, 总不良反应率 4.08%; 对照组治疗后发生头痛 1 例, 呕吐 1 例, 腹痛 1 例, 总不良反应率 6.12%。两组患者不良反应率差异无统计学意义($P > 0.05$)。发生不良反应患者未做特殊处理后自行缓解。

3 讨论

本研究使用的左氧氟沙星片为常见的抗菌药物, 属于喹诺酮类药物, 具有抗菌能力强、广谱抗菌的作用。其在临床广泛用于敏感菌所致的泌尿、呼吸、生殖系统及肠道和皮肤组织感染等。近年来, 虽然有很多新的抗生素面市, 但是也没有改变尿路感染的发病率和复发率, 并且常引起耐药性及毒副作用。中药治疗不仅能起到杀菌的作用, 而且不良反应小, 无耐药性。另外中药治疗还能提高身体免疫力, 间接促进人体缓解病情、自身恢复, 故中医治疗尿路感染在越来越受到人们重视。

急性尿路感染属于中医淋证中的血淋、湿热淋和热淋。其发病病机为湿热之邪伤及膀胱, 膀胱气化受阻, 导致蕴结于下焦, 热盛化火, 湿甚热织, 火热生毒, 而致小便涩痛淋漓。故治疗本症当以利湿通淋、清热解毒为主^[5]。本研究采用自拟中药汤剂联合常规西医治疗急性尿路感染。方中以滑石、木通为君药, 滑石善

滑利窍道、清热渗湿、利水通淋, 《药品化义》谓之“体滑主利窍, 味淡主渗热”; 木通上清心火、下利湿热, 使湿热之邪从小便而去。瞿麦、车前子、篇蓄为臣, 三者均为清热利水通淋之常用品。佐以山栀子仁清泄三焦、通利水道, 以增强君、臣药清热利水通淋之功; 大黄荡涤邪热, 并能使湿热从大便而去。金钱草有清热解毒、化石通淋之功。石韦药性甘苦微寒, 具有利水通淋之功, 其下能通利膀胱, 上能清肺, 肺为水之上源, 源清则流自洁, 而且对变形杆菌、金黄色葡萄球菌、大肠杆菌也有抑制作用。甘草调和诸药, 兼能清热、缓急止痛, 是为佐使之用^[6]。本文研究结果显示, 自拟中药汤剂联合西药治疗急性尿路感染总有效率显著高于单予西药治疗, 平均症状消失时间、平均尿常规转阴时间、平均退热时间均明显短于单予西药治疗; 两组均无明显不良反应发生。综上所述, 自拟汤剂联合西药治疗急性尿路感染疗效显著, 且无明显不良反应发生, 可以提高机体免疫力, 调节整体机体功能, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 蒋伟, 李少增, 周峰. 尿路感染的病原菌分布与耐药性分析[J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(4): 848-851.
- [2] 王吉耀. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 172.
- [3] 叶任高. 中西医结合肾脏病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 346.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 273.
- [5] 吴忠玮. 头孢他啶联合三金片治疗急性尿路感染临床[J]. 天津药学, 2011, 23(6): 43-44.
- [6] 刘红静, 麻金木. 尿路感染的中医治疗研究[J]. 吉林中医药, 2011, 31(9): 849-850.

(收稿日期 2014-07-08)

中西医结合治疗慢性肺心病心力衰竭临床观察

沈元良

(浙江省湖州市中医院, 浙江 湖州 313000)

中图分类号: R541.5 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0150-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.058

【摘要】目的 探讨中西医结合治疗慢性肺心病心力衰竭的临床效果。**方法** 总结 180 例患者临床资料, 按照自主选择治疗方法分为对照组和观察组两组。对照组予常规西医综合治疗, 治疗组在对照组治疗基础上加服血府逐瘀汤, 观察疗效标准, 以及治疗后血检相关指标变化情况。**结果** 观察组总有效率为 90.00% 高于对照组的 75.56% ($P < 0.05$)。治疗后观察组平均全血黏度、平均血流量等指标改善优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 中西医结合治疗慢性肺心病心力衰竭具有较好疗效。

【关键词】 慢性肺心病 心力衰竭 中西医结合 临床效果

慢性肺源性心力衰竭的发病原因主要是肺血管类的疾病导致肺循环阻力显著的变大, 由此引起肺动脉

压力增加, 长时间的肺动脉高压导致患者右心室出现代偿性的增肥增厚现象。另外, 该类患者往往同时患

有呼吸道感染或者呼吸衰竭等疾病,患者发病时具有病死率较高,治疗预后性较差等特点,严重影响着患者的生命健康^[1-2]。为了探讨中西医结合治疗慢性肺心病心力衰竭患者的临床疗效,笔者回顾性总结我院收治慢性肺心病心力衰竭患者 180 例资料。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例均符合:(1) 肺心病专业会议中制定的关于慢性肺心病心力衰竭的诊断标准:患者一般存在慢性的肺部疾病病史,其临床表现有明显肺气肿现象(诊断充分条件),肝区有明显压痛现象,静脉压测量结果显著升高(诊断必要条件)。同时符合中医血瘀证诊断标准的患者^[3]。(2) 患者均知情且同意参与本研究随访调研。(3) 排除标准:内脏器官(肾脏、肝脏等)严重衰竭者,拒绝服用中药患者,合并有其他严重内科疾病者。

1.2 临床资料 选择 2009 年 9 月至 2013 年 9 月期间在浙江省湖州市中医院进行治疗的慢性肺心病心力衰竭患者 180 例,包括男性 111 例,女性 69 例;年龄 49~79 岁,平均(59.20±13.10)岁;病程 9~30 年。按照自主选择治疗方法分为对照组和观察组两组。对照组平均(62.30±15.20)岁;平均病程(17.3±10.4)年;咳嗽史平均(15.6±7.9)年。观察组平均(60.20±13.60)岁;平均病程(18.4±9.2)年;咳嗽史平均(15.8±8.2)年。两组在年龄、性别、病程、咳嗽史方面差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 两组治疗前均保证充分休息,对照组常规给予吸氧处理,另外给予抗炎、扩冠脉、扩血管和补液扩容等基础药物进行治疗^[2]。观察组 90 例患者另加服血府逐瘀汤:当归 10 g,桃仁 10 g,川芎 10 g,柴胡 6 g,川牛膝 10 g,生地黄 10 g,红花 10 g,枳壳 6 g,赤芍 6 g,桔梗 6 g,甘草 3 g,水煎服,每日 1 剂。心烦失眠者加酸枣仁、夜交藤;肢冷、浮肿明显、尿少者加干姜、附子、车前子、猪苓;气虚者加黄芪、人参等。20 d 为 1 个疗程,治疗 1 疗程后观察疗效。

1.4 疗效标准 依据 1980 年全国第 3 次肺心病会议修订的综合疗效判断标准^[3]。显效:治疗后患者咳嗽、气促和双肺啰音等临床表现明显减轻,胸片结果表明炎症明显改善,浮肿现象消失者。有效:各临床表现不同程度好转但在少量活动后仍有明显气促现象,胸片结果表明炎症被一定程度吸收,浮肿略减轻者。无效或死亡:临床表现无明显改善或者死亡。

1.5 统计学处理 应用 SPSS19.0 统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,选择 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疗效结果比较 见表 1。观察组总有效

率高于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组患者疗效结果比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	死亡	总有效(%)
观察组	90	54	27	9	0	81(90.00) [△]
对照组	90	33	35	18	4	68(75.56)

与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。下同。

2.2 两组患者治疗后血化验结果比较 见表 2。观察组平均全血黏度、平均血沉量和纤维蛋白原改善均优于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组患者治疗后血化验结果比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	平均全血黏度	平均血沉量(mm/h)	纤维蛋白原(g/L)
观察组	90	7.1±1.4 [△]	14.5±4.8 [△]	0.48±0.13 [△]
对照组	90	5.3±1.1	23.2±3.4	0.31±0.09

3 讨论

慢性肺心病心力衰竭的发病率和病死率均较高,严重影响患者心肺功能和生活质量。患者因为反复性的缺血缺氧、肺部感染和高碳酸血症等现象引发肺部小动脉血管发生持续性收缩,进一步引起肺部血管阻力增大,久而久之,心脏为克服肺动脉高压而发生代偿性肥厚。长期缺氧会导致红细胞代偿性增加,使血容量增加,血液黏稠度增高,血液循环阻力增加,心脏功能减弱。研究证实^[4-6]慢性肺心病患者发病部位多在肺微小动脉原位(存在血栓)。

慢性肺心病心力衰竭可归属中医学“喘证”、“痰饮”、“水肿”范畴,其病因病机主要是长期气血运行不畅,心脉瘀阻,因此患者临床表现除咳嗽以外,常见舌质紫黯和口唇紫绀等。《医林改错》云“元气即虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀”,说明慢性肺心病心力衰竭治疗关键在于益气活血祛瘀。血府逐瘀汤是清代王清任首创,该方剂具活血化瘀和行气宽中之效,对慢性肺心病心力衰竭患者的瘀血证有较好疗效。近年来,对活血化瘀的深入研究,血府逐瘀汤作为活血化瘀良方在临床上得到了广泛应用。桃仁、当归和赤芍等活血化瘀;牛膝能够通血脉,引血下行而逐瘀行血;柴胡升达清阳和疏肝解郁。诸药合用,能够理气散结、活血养血、祛瘀生新之功,对慢性肺心病心力衰竭患者具有较佳临床疗效。现代药理研究表明,当归能够抑制血液红细胞凝聚,川芎具有抑制血管通透增大和缓解血管张力(扩血管)的作用;桃仁可以抗炎、抗凝血、抗血栓,改善微循环,赤芍能够抗血栓形成、抗血小板聚集、降血脂、抗动脉硬化。

本研究结果显示,在常规西药治疗基础上合用血府逐瘀汤治疗有利于患者改善心功能,减轻临床症状,促使病情好转,疗效优于单纯西医治疗。总之,血府逐瘀

汤能够明显改善患者全血黏度、血沉量和纤维蛋白原,对于红细胞压积和血浆黏度比等也有改善作用,其可以降低患者血液黏稠度,改善血液的聚集和凝结趋势,对改善患者微循环障碍和血流情况具有积极意义^[7-8]。

参 考 文 献

- [1] 田正鉴. 血府逐瘀汤治疗慢性肺心病合并心力衰竭 32 例临床观察[J]. 中国中医急症, 2001, 10(3): 128.
- [2] 戢妍丽. 乌拉地尔治疗慢性肺心病心力衰竭 47 例[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(15): 3277.
- [3] 孙丽云. 血府逐瘀汤治疗慢性肺心病心力衰竭临床观察[J]. 中外医疗, 2011, 30(12): 131.
- [4] Corte TJ, McDonagh TA, Wort SJ, et al. Pulmonary hypertension in left heart disease: A review[J]. International Journal

of Cardiology, 2012, 156(3): 253-258.

- [5] Tatebe S, Fukumoto Y, Sugimura K, et al. Clinical significance of reactive post-capillary pulmonary hypertension in patients with left heart disease[J]. Circulation journal, 2012, 76(5): 1235-1244.
- [6] 罗畅然. 尿激酶联合阿司匹林治疗慢性肺心病心力衰竭疗效观察[J]. 中国医药导报, 2010, 7(23): 79-80.
- [7] 杨志鹏. 低分子肝素联合厄贝沙坦治疗肺心病心力衰竭的疗效观察[J]. 中国医药导报, 2012, 9(18): 96-97.
- [8] Roy D, Talajic M, Dubuc M, et al. Atrial fibrillation and congestive heart failure[J]. Current opinion in cardiology, 2009, 24(1): 29.

(收稿日期 2014-05-05)

中西医结合治疗对支原体肺炎儿童血浆凝血酶调节蛋白和 D-二聚体的影响

汤东澄

(浙江省永嘉县中医医院, 浙江 永嘉 325102)

中图分类号: R725.6 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0152-03
doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.059

【摘要】目的 观察中西医结合治疗对支原体肺炎儿童血浆凝血酶调节蛋白和 D-二聚体的影响。**方法** 130 例支原体肺炎患儿随机分为对照组和治疗组, 各 65 例, 对照组采用常规抗支原体方法进行治疗, 治疗组在对照组基础上联合中药进行治疗, 观察两组临床疗效及治疗前后血浆凝血酶调节蛋白和 D-二聚体水平的变化。**结果** 治疗组总有效率为 95.38%, 高于对照组之 83.08% ($P < 0.05$); 与治疗前比较, 治疗后两组血浆凝血酶调节蛋白和 D-二聚体显著降低 ($P < 0.05$), 组间比较, 观察组血浆凝血酶调节蛋白和 D-二聚体明显低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 中西医结合治疗支原体肺炎不仅疗效显著, 且降低了儿童血浆凝血酶调节蛋白和 D-二聚体水平。

【关键词】 支原体肺炎 中西医结合治疗 凝血酶调节蛋白 D-二聚体

儿童支原体肺炎是由肺炎支原体(MP)感染引起的呼吸道疾病, 其病情反复, 病程长, 并发症多, 可引起小儿全身多系统损害。流行病学调查研究显示, 近年来儿童支原体肺炎有逐渐增多趋势, 且向低龄化发展, 国内外报道亦日益增多, 其发病约占小儿肺炎的 4%~26%^[1]。中医学将其归为“肺炎喘嗽”、“咳嗽”的范畴, 其发病与外邪犯肺, 肺失宣降, 水液输化无权滞留为痰, 痰阻气道, 肺气郁闭有关^[2]。研究显示, 对于支原体肺炎的不同类型, 其血浆凝血酶调节蛋白和 D-二聚体均有不同程度的升高, 观察血浆凝血酶调节蛋白和 D-二聚体的水平, 可以了解患儿恢复情况以及血管内皮损伤情况^[3]。有文献报道, 对于不同证型的支原体肺炎采用中西医结合治疗, 效果优于单纯西药^[4]。本研究采用中西医结合治疗肺炎支原体肺炎患儿, 取得了较好的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 参照《儿科学》诊断标准^[5]: (1) 伴有发热、热型不定; (2) 先为刺激性干咳、后为湿性咳嗽; (3) 肺部体征不明显, 偶见干湿啰音; (4) 肺部 X 线检测见支气管肺炎改变, 常为单侧性。

1.2 临床资料 选取浙江省永嘉县中医医院 2013 年 1 月至 2013 年 12 月收治的 130 例支原体肺炎患儿为研究对象, 所有患者均符合支原体肺炎诊断标准, 且按照 X 线全部为大叶性肺炎, 中医辨证为肺热壅盛, 按照临床试验随机原则将患儿分为对照组和治疗组, 各 65 例。其中对照组男性 41 例, 女性 24 例; 年龄 18 个月至 10 岁, 平均 (5.30 ± 2.70) 岁; 病程 7~12 d, 平均 (8.70 ± 1.30) d。治疗组男性 38 例, 女性 27 例; 年龄 19 个月至 10 岁, 平均 (5.70 ± 2.30) 岁; 病程 7~13 d, 平均病程为 (8.60 ± 1.40) d。两组患者基本资料比较差异无

统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予红霉素针剂 20~30 mg/(kg·d)溶于 5%葡萄糖注射液中静脉滴注,分 2 次静点,连续使用 1 周后改口服罗红霉素,每次 2.5~5 mg/kg,每日 2 次,2 周为 1 疗程。治疗组在对照组基础上联合中药进行治疗,组方为炙麻黄 4 g,苦杏仁 4 g,生石膏 8 g,知母 8 g,酒黄芩 6 g,浙贝母 8 g,瓜蒌 8 g,芦根 10 g,炒葶苈子 6 g,鱼腥草 8 g,茯苓 10 g,陈皮 10 g,甘草 5 g,上述药物加水 500 mL 浸泡 30 min 后,先武火煎,煮沸后改文火煎 20 min 取汁;翻渣加水 200 mL,先武火煎,煮沸后改文火煎 20 min 取汁,两汁混合,分早中晚 3 次口服,每日 1 剂(不满 2 周岁的患儿量减半,每日 100 mL;2 周岁以上者每日 200 mL)。

1.4 疗效标准^[6] 痊愈:治疗 14 d 后,临床症状和体征消失,复查 X 线胸片肺部炎症全部消失。有效:治疗 14 d 后,临床症状和体征有所改善,复查 X 线胸片肺部炎症较治疗前大部分吸收。无效:治疗 14 d 后发热咳嗽不好转,肺部仍有啰音,复查胸片肺部炎症较治疗前无变化或加重。有效率=(痊愈+有效)/总例数×100%。

1.5 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间进行 t 检验,计数资料采用百分率表示并采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿治疗后总有效率比较 见表 1。治疗组总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈	有效	无效	有效率(%)
观察组	65	34	28	3	62(95.38) [△]
对照组	65	29	25	11	54(83.08)

与对照组比较, $\Delta P<0.05$ 。

2.2 两组患儿治疗后血浆凝血酶调节蛋白和 D-二聚体水平变化比较 见表 2。与治疗前比较,治疗后两组血浆凝血酶调节蛋白和 D-二聚体显著降低($P<0.05$);治疗后组间比较,观察组血浆凝血酶调节蛋白和 D-二聚体明显低于对照组($P<0.05$)。

表 2 两组治疗前后血浆凝血酶调节蛋白和 D-二聚体水平比较($\mu\text{g/L}, \bar{x}\pm s$)

组别	时间	凝血酶调节蛋白	D-二聚体
观察组	治疗前	22.03±4.67	0.79±0.41
($n=65$)	治疗后	9.28±3.12 ^{*△}	0.08±0.02 ^{*△}
对照组	治疗前	21.43±4.71	0.78±0.42
($n=65$)	治疗后	16.81±3.76 [*]	0.21±0.06 [*]

与本组治疗前比较, $^*P<0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

3 讨论

支原体肺炎是儿科常见的且病程相对较长的呼吸系统疾病。其发病机制主要为通过肺炎支原体的直接毒性作用、免疫反应损害、病原菌与巨细胞接触释放化学介质的毒性和炎性反应等方式造成上呼吸道黏膜上皮细胞损害而致病^[7-8]。肺炎支原体可通过诱导产生 TNF- α 和 IL-8 等细胞因子造成血管壁的损害,引起局部的血管炎或血栓性的血管闭塞,亦可通过免疫调节,如活化的补体和纤维蛋白-D 二聚体等作用造成全身性的高凝状态,最终出现血栓形成、血管闭塞,血管内皮损伤及血液高凝状态也可能参与了 MPP 的发病^[8]。研究发现, MPP 儿童存在不同程度的血浆凝血酶调节蛋白和 D-二聚体升高,且大叶性肺炎者升高更明显,这提示 MPP 患儿存在不同程度的血管内皮损伤和血液高凝状态改变, MP 感染使血管内皮细胞受损并刺激产生多种物质, 这些物质破坏了凝血机制和纤溶激活系统的正常调节,导致血液高凝状态^[8]。

支原体肺炎属中医学“肺炎喘嗽”、“咳嗽”的范畴,因外邪犯肺,肺失宣降,水液输化无权滞留为痰,痰阻气道,肺气郁闭所致。多数医家认为肺热壅盛型支原体肺炎是由外邪犯肺,肺失宣降,肺热熏蒸,炼液成痰,痰阻气道,肺气郁闭所致,属于“肺炎喘嗽”范畴^[9]。本研究用麻杏甘石汤加减治疗小儿支原体肺炎,方中浙贝母性凉、味甘苦、入肺经,具有化痰止咳平喘的作用;芦根、瓜蒌清热化痰止咳;黄芩清泄肺热;石膏、知母合用清泄肺经气分之热;茯苓与陈皮相合取二陈汤,具有理气化痰、和中燥湿之功。诸药合用共奏镇咳平喘化痰之功效。

本研究表明,采用中西医结合治疗支原体肺炎(肺热壅盛型)总有效率显著高于单纯西医治疗组,其能明显降低患儿血浆凝血酶调节蛋白和 D-二聚体水平。

参考文献

- [1] 董晓艳,陆权. 小儿肺炎支原体感染的诊治现状与进展[J]. 实用儿科临床杂志, 2011, 26(4): 235.
- [2] 刘洪敏. 益气活血方联合阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎临床研究[J]. 新中医, 2011, 43(9): 71-72.
- [3] 沈林, 胡晓芳. 急性肺炎支原体肺炎儿童 CRP 和 D-二聚体检测的临床意义[J]. 微生物学杂志, 2009, 29(6): 77-79.
- [4] 杜萍, 王瑛, 高丹, 等. 咳平汤联合阿奇霉素治疗小儿支原体肺炎 50 例疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2010, 2(5): 407-408.
- [5] 杨锡强, 易著文. 儿科学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 318.
- [6] 孙钢. 清肺泻肝法在小儿肺炎支原体肺炎序贯疗法中的作用[J]. 中国中医急症, 2004, 13(3): 145-164.
- [7] 尹蔚萍, 夏杰. 养阴润肺法联合红霉素治疗小儿肺炎支原体感染后咳嗽 43 例临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2010, 31(11): 20-21.

- [8] 郭山春,徐传伟,刘玉芹,等.不同类型肺炎支原体肺炎儿童血浆凝血酶调节蛋白和 D-二聚体的变化[J].中国当代儿科杂志,2013,15(8):619-622.
- [9] 吕玉霞,柳琳琳,苏玉明,等.300 例小儿肺炎的病原体及

中医证型分布特点的临床研究[J].中医药信息,2010,27(3):50-53.

(收稿日期 2014-07-08)

自拟中药汤剂联合西药治疗急性细菌性痢疾疗效观察

蒋小春

(浙江省东阳市红十字会医院,浙江 东阳 322100)

中图分类号:R516.4 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)01-0154-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.060

【摘要】目的 探讨自拟中药汤剂联合西药治疗急性细菌性痢疾疗效及安全性评价。**方法** 96 例患者随机分为对照组和治疗组。对照组给予口服盐酸环丙沙星片治疗,治疗组在对照组治疗基础上服用自拟中药汤剂。两组治疗均以 7 d 为 1 个疗程。**结果** 自拟中药汤剂联合西药治疗总有效率 95.83% 高于对照组的 77.08% ($P < 0.05$);治疗组发热消失时间、脓血便消失时间、腹泻消失时间、血白细胞总数恢复正常时间、大便常规恢复正常时间、大便培养显阴性时间均显著短于对照组(均 $P < 0.05$);两组治疗过程中均无明显不良反应发生。**结论** 自拟中药汤剂联合西药治疗急性细菌性痢疾疗效显著,且安全可靠。

【关键词】 急性细菌性痢疾 自拟中药汤剂 疗效观察 安全性评价

细菌性痢疾是一种临床常见的传染性疾病,主要症状包括:发热、下痢脓血便、腹痛、腹泻等,还可以伴有全身毒血症,是一种夏秋流行的肠道传染病^[1]。急性细菌性痢疾发病急、病程短、来势迅猛,对患者身心健康造成严重危害^[2]。目前西医治疗急性细菌性痢疾主要采用抗菌消炎、对症治疗,其退热及大便培养转阴表现较好^[3]。中医治疗则以调气血、清肠化湿为主,能有效改善胃肠功能。本研究采用自拟中药汤剂联合西药治疗急性细菌性痢疾,探讨其临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例符合(1)诊断标准:里急后重、腹痛、便次增多,大便伴有脓血黏冻。急性细菌性痢疾发病骤急,伴有恶寒发热,中性粒细胞及血白细胞计数增高;粪常规检查,可见红细胞、白细胞及吞噬细胞出现;粪培养可见痢疾杆菌生长。(2)纳入标准:符合诊断标准患者;年龄 6~70 岁;与患者及家属签署知情同意书。(3)排除标准:不符合诊断标准及纳入标准者;严重心、脑血管疾病及肝、肾功能不足者;对本组研究所用药物过敏者;精神病者;肠道器质性病变患者。

1.2 临床资料 选取 2012 年 11 月至 2014 年 4 月到浙江省金华市东阳市红十字会医院就诊的急性细菌性痢疾患者 96 例。按随机数字表法随机分为治疗组与对照组各 48 例。治疗组 48 例,男性 27 例,女性 21 例;年龄 6~68 岁,平均(36.15±7.37)岁;平均病程(25.79±

6.46) h。对照组 48 例,男性 25 例,女性 23 例;年龄 7~64 岁,平均(31.59±6.93)岁;平均病程(26.1±5.95) h。两组患者都有不同程度的消化道症状,表现为发热、腹泻、腹痛,伴有里急后重症,大便性状改变(稀便、黏液便、稀水样便、脓血便)。两组一般资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组口服盐酸环丙沙星片(上海现代哈森商丘药业有限公司,批准文号:国药准字 H41024173,规格:0.25 g),成人 1 次 0.5 g,儿童 1 次 0.25 g,每日 3 次。治疗组在对照组治疗基础上服用自拟中药汤剂:白头翁 12 g,秦皮 12 g,白芍 12 g,黄连 9 g,当归 9 g,煨木香 6 g,黄柏 6 g,甘草 6 g;恶寒、体痛者加葛根 12 g,防风 9 g;高热者加石膏 15 g,柴胡 12 g,知母 9 g;便血者加牡丹皮 9 g,地榆炭 9 g;里急后重者加厚朴 9 g,枳实 9 g;腹痛者加延胡索 9 g,川芎 9 g。水煎服,每日 1 剂,取汁 300 mL,分早晚 2 次温服。儿童用量酌情减少。两组均以 7 d 为 1 个疗程。

1.4 疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则》规定^[4],治愈:临床症状体征全部消失,大便次数≤2 次/d,大便镜检正常,致病菌培养转阴,大便常规检测正常。显效:临床症状体征基本消失,大便次数≤2 次/d,大便镜检好转,致病菌培养有所转阴,大便常规检测正常。有效:临床症状体征有所改善,大便次数有所降低,大便镜检好转,致病菌培养阳性较多,大便常规检测好转。无效:临床症状体征无改变,腹泻>2 次/d,大便镜

检仍为阳性,大便常规检测无好转,甚至病情加重。总有效率为痊愈率+显效率+有效率。

1.5 观察指标 观察两组疗效并记录两组患者发热消失时间、脓血便消失时间、腹泻消失时间、血白细胞总数恢复正常时间、大便常规恢复正常时间、大便培养显阴性时间。

1.6 统计学处理 应用 SPSS19.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料样本比率用 χ^2 检验,样本均数行 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 见表 1。治疗组总有效率高与对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组患者疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	48	27	11	8	2	46(95.83) [△]
对照组	48	19	12	6	11	37(77.08)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组患者临床症状消失时间比较 见表 2。治疗组发热消失时间、脓血便消失时间、腹泻消失时间均短于对照组(均 $P < 0.05$)。

表 2 两组患者临床症状消失时间比较($d, \bar{x} \pm s$)

组别	n	发热消失时间	脓血便消失时间	腹泻消失时间
治疗组	48	1.65 $\pm$ 0.82 [△]	2.39 $\pm$ 0.72 [△]	3.17 $\pm$ 1.24 [△]
对照组	48	2.97 $\pm$ 1.15	3.95 $\pm$ 1.48	4.65 $\pm$ 1.81

2.3 两组患者实验室检查恢复正常时间比较 见表 3。治疗组血白细胞总数恢复正常时间、大便常规恢复正常时间、大便培养显阴性时间均显著短于对照组(均 $P < 0.05$)。

表 3 两组患者实验室检查恢复正常时间比较($d, \bar{x} \pm s$)

组别	n	血白细胞总数 恢复正常时间	大便常规 恢复正常时间	大便培养 显阴性时间
治疗组	48	2.47 $\pm$ 1.21 [△]	2.75 $\pm$ 1.14 [△]	3.79 $\pm$ 2.07 [△]
对照组	48	4.93 $\pm$ 1.73	3.93 $\pm$ 1.45	5.82 $\pm$ 2.54

2.4 不良反应 两组在治疗过程中均未出现明显不良反应。

3 讨论

西医治疗细菌性痢疾主要采用抗生素药物,如四环素、磺胺、氯霉素、链霉素,甚至第 3 代头孢菌素、阿奇霉素等。近年来抗生素的滥用使得耐药性大幅度上升,并产生大量的多重耐药株,使细菌性痢疾的治疗难度越来越大^[5]。

细菌性痢疾可归属于中医学“痢疾”、“下利”、“肠

癖”等范畴^[6],其发病多为夏秋时节,暑热下迫,湿热上蒸,且外感湿热邪毒、瘴气、疫疔,加之夏秋时令脾胃功能较弱,造成肠胃蕴结湿热疫毒和食滞互阻,大肠壅结,气血搏结,肠络受伤,大肠传导失常,通降失调,出现腹痛或者里急后重症状^[7-8];湿郁热蒸,气血凝滞,肠壁脂膜血络损伤,出现脓血赤白痢下等症^[9]。治疗以清热解毒、化湿导滞、调和气血为主^[10]。自拟汤方中白头翁有清热解毒、凉血治痢之功,其有效成分白头翁素和原白头翁素对痢疾杆菌有较强的抑制作用;黄连有抗菌、抗腹泻功效;黄柏、秦皮有清热燥湿之效;白芍具有降温、抗炎、抗菌、提高免疫力等功效;甘草调和诸药。诸药合用,可清热燥湿、调和气血,为治疗急性细菌性痢疾上品^[11]。本研究结果示,自拟中药汤剂联合西药治疗总有效率高与单纯西药治疗,可以缩短患者发热消失时间、脓血便消失时间、腹泻消失时间、白细胞总数恢复正常时间、大便常规恢复正常时间、大便培养显阴性时间。本结果表明中西药结合治疗急性细菌性痢疾疗效显著,疗程短,安全见效快。

综上所述,中西医结合治疗急性细菌性痢疾相对于单纯采用西医治疗疗效更显著,疗程短,见效快,还可提高患者机体免疫力,安全可靠,具有重要的临床研究价值,值得推广应用。

参 考 文 献

- [1] 段淑红,苑晓冬,刘梅生,等.依替米星治疗急性细菌性痢疾临床观察与分析[J].中华医院感染学杂志,2011,21(13):2801-2803.
- [2] 范燕.磷霉素治疗小儿急性细菌性痢疾的疗效及不良反应文献分析[J].中国医药导报,2012,9(31):121-122.
- [3] 林宪华,马艳波,张丽娟,等.止痢液配合左氧氟沙星治疗急性细菌性痢疾 184 例临床观察[J].河北中医,2012,34(5):710-711.
- [4] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:273.
- [5] 魏道祥.开泄复方治疗细菌性痢疾湿热痢 37 例[J].中国中医基础医学杂志,2011,17(2):221-222.
- [6] 王久伶,张琪,叶丹,等.94 例细菌性痢疾患者的临床分析[J].西南国防医药,2014,24(1):58-60.
- [7] 于风平,王霞,王月亭.白头翁汤保留灌肠治疗急性细菌性痢疾[J].中国肛肠病杂志,2011,31(9):18-19.
- [8] 黄晓菁,沈林峰,兰迪翔.甘草枣莲粥辅助治疗急性细菌性痢疾 60 例观察[J].浙江中医杂志,2011,46(6):432-433.
- [9] 陈秀荣,石新涛.黄连煎剂灌肠辅助治疗小儿急性细菌性痢疾[J].现代中西医结合杂志,2010,19(8):950-951.
- [10] 蔡玲芳,徐红,陈秀芳.复方磺胺甲唑片灌肠治疗小儿细菌性痢疾的观察和护理[J].解放军护理杂志,2011,28(5):48-49.

(收稿日期 2014-09-25)

中西医结合治疗急性肾功能衰竭临床观察

郦江涛

(浙江省诸暨市应店街镇中心卫生院, 浙江 诸暨 311817)

中图分类号: R692.5 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0156-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.061

【摘要】目的 观察中西医结合治疗急性肾功能衰竭疗效。**方法** 将 140 例急性肾功能衰竭患者随机分为对照组和治疗组各 70 例, 对照组采用常规西药进行治疗, 治疗组在对照组基础上联合中药进行治疗, 观察两组临床疗效、少尿期病程及治疗后血肌酐、尿素氮水平变化。**结果** 治疗组总有效率为 94.29%, 明显高于对照组的 75.71% ($P < 0.05$); 治疗组患者少尿期平均病程为 (8.70±4.30) d, 显著短于对照组的 (14.30±4.70) d ($P < 0.05$); 治疗不同疗程后治疗组血尿素氮、肌酐及内生肌酐清除率均显著优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 中西医结合治疗急性肾功能衰竭效果显著, 缩短了患者少尿期的病程, 减少肾功能进一步损伤。

【关键词】 急性肾功能衰竭 中西医结合治疗

急性肾功能衰竭 (ARF) 是指肾小球滤过功能在数小时至数周内迅速降低, 以致不能维持体液电解质平衡和代谢产物的正常排泄, 从而引起的水、电解质和酸碱平衡失调及以含氮废物蓄积, 是内科危重症, 死亡率极高^[1]。在常规内科治疗无效时, 血液透析是治疗 ARF 的有效替代治疗, 临床上应用广泛。但研究发现, 血液透析后容易发生症状性低血压、患者出血倾向增加等并发症, 给患者生活带来严重的影响^[2]。目前中药治疗 ARF 有较大的进展, 本研究采取中西医结合治疗 ARF, 取得了较好的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准参照《实用内科学》制定的相关标准^[3]。肾功能不全代偿期: 内生肌酐清除率 (CCr) 大于 50%, 血肌酐 (Cr) 小于 133 $\mu\text{mol/L}$ 。肾功能不全失代偿期: CCr 在 25%~50% 之间, 血 Cr 在 133~221 $\mu\text{mol/L}$ 。肾功能衰竭期: CCr 为 10%~25%, 血 Cr 221~442 $\mu\text{mol/L}$ 。肾功能衰竭终末期: CCr 小于 10%, 血 Cr 大于 442 $\mu\text{mol/L}$ 。

1.2 临床资料 选取浙江省诸暨市应店街镇中心卫生院 2012 年 2 月至 2014 年 2 月收治的 140 例急性肾功能衰竭患者为研究对象, 随机分为对照组和治疗组, 各 70 例。其中对照组男性 39 例, 女性 31 例; 年龄 19~67 岁, 平均 (48.70±6.30) 岁; 缺血性急性肾衰 23 例, 肾毒性急性肾衰 47 例。治疗组男性 38 例, 女性 32 例; 年龄 19~68 岁, 平均 (48.30±6.70) 岁; 缺血性急性肾衰 24 例, 肾毒性急性肾衰 46 例。两组患者基本资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组患者入院后均积极治疗原发病, 包括纠正血容量不足、维持水电解质及酸碱平衡稳定、补充能量物质等, 严重者给予血液透析治疗。治疗组在对照组基础上联合中药进行治疗, 组方为煅龙骨

30 g, 煅牡蛎 30 g, 六月雪 30 g, 生大黄 20 g, 丹参 20 g, 蒲公英 20 g, 当归 15 g, 枳实 15 g。上药煎汁 150 mL, 放置 32~35 $^{\circ}\text{C}$ 时, 作高位保留灌肠, 每日 1 次, 14 d 为 1 个疗程。

1.4 疗效标准^[4] 显效: 临床症状和体征全部消失, 血红蛋白升高 10%, 尿素氮 (BUN)、CCr 10%, Cr 下降不小于 20%。有效: 临床症状和体征有所改善, 血红蛋白升高 5%, BUN、CCr 降低 5%, Cr 下降不小于 10%。无效: 症状和体征无改变, 血红蛋白、BUN、CCr 无降低, Cr 无下降或增加。总有效率为显效率和有效率之和。

1.5 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件分析。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间进行 t 检验, 计数资料采用百分率表示并采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 见表 1。结果显示, 治疗组总有效率显著高于对照组 ($P < 0.05$)。

表 1 两组患者临床疗效比较 (n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效 (%)
治疗组	70	37	29	4	66 (94.29) [△]
对照组	70	27	26	17	53 (75.71)

与对照组比较, [△] $P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组患者治疗后少尿期平均病程比较 治疗组患者少尿期平均病程为 (8.70±4.30) d, 显著短于对照组的 (14.30±4.70) d ($P < 0.05$)。

2.3 两组患者治疗不同疗程肾功能指标比较 见表 2。治疗不同疗程后治疗组 BUN、Cr 及 Ccr 均显著优于对照组 ($P < 0.05$)。

3 讨论

临床上按照病因分类将急肾衰分为肾前性、肾实

表 2 两组患者治疗不同疗程肾功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	BUN(mmol/L)	Cr(μ mol/L)	Ccr(mL/min)
治疗组 (n=70)	治疗 14 d	13.80 $\pm$ 3.20 [△]	173.00 $\pm$ 97.00 [△]	13.70 $\pm$ 6.30 [△]
	治疗 28 d	10.60 $\pm$ 2.40 [△]	124.00 $\pm$ 76.00 [△]	46.20 $\pm$ 11.80 [△]
	治疗 42 d	7.90 $\pm$ 2.10 [△]	102.00 $\pm$ 58.00 [△]	93.10 $\pm$ 23.90 [△]
对照组 (n=70)	治疗 14 d	15.20 $\pm$ 3.80	175.00 $\pm$ 105.00	12.30 $\pm$ 6.70
	治疗 28 d	13.40 $\pm$ 3.60	164.00 $\pm$ 96.00	36.60 $\pm$ 11.40
	治疗 42 d	10.10 $\pm$ 2.90	132.00 $\pm$ 78.00	73.90 $\pm$ 32.10

质性和肾后性 3 大类^[5]。目前对于急性肾功能衰竭的治疗主要是积极治疗原发病,包括纠正血容量不足、维持水电解质及酸碱平衡稳定、补充能量物质等,严重者给予透析治疗,但后期并发症较多,给患者生活带来严重的影响^[6]。

中医学认为本病可归属“关格”、“癃闭”范畴。其发病病机多为邪实与阴伤,即病邪深入血分,血热相结,日久热毒深入下焦,结于膀胱,气化不利,水道阻遏;热毒损肾,毒壅血凝,肾络瘀阻,肾脏气化不利,功能失调,则少尿、尿闭;甚则湿热浊毒瘀血互结为患,真阴受损,久则肺肾俱损,气化失职无度而成尿闭^[7]。研究已证实,与单纯西药治疗相比,中西医结合治疗急性肾衰竭不仅提高了有效率,而且显著缩短了少尿期的病程。本研究方药中生大黄、丹参、蒲公英具有通里导泻、清解血分热毒、加强肠道内毒素排出、减轻肾间质水肿起到利尿作用;煅龙骨、煅牡蛎、六月雪活血通便、清热解毒,可加强血及肠道中毒素的排出;当归、枳实具有保护肾脏之功效^[8]。采用煎液灌肠后可刺激肠道,增加肠腔充盈,加强组织血管通透性,促进肠道黏膜分泌排泄

增加,加速肠道食物残渣的排出,从而减少肠源性毒素吸收,对于维持机体内环境的稳定、缩短病程、恢复肾功的远期疗效有一定的作用^[9]。

本研究结果表明,中西医结合治疗总有效率显著高于对照组,其少尿期平均病程及肾功能相关指标血 BUN、Cr 及 CCr 均显著优于对照组。综上所述,中西医结合治疗急性肾功能衰竭效果显著,且缩短了患者少尿期的病程,减少肾功能进一步损伤。

参 考 文 献

- [1] 董盛,雷根平,林源,等. 中西医结合治疗急性肾功能衰竭 30 例体会[J]. 中医药学报,2010,38(1):86-87.
- [2] 陈如明. 血液透析治疗急性肾功能衰竭的临床研究[J]. 河北医科大学学报,2011,32(5):572-573.
- [3] 王海燕. 肾脏病学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2008:2026-2032.
- [4] 中国中西医结合学会肾病专业委员会. 肾脏病诊断及疗效标准专题讨论纪要[J]. 中国中西医结合肾病杂志,2003,4(5):249-251.
- [5] 曾国志,俞国庆. 中西医结合治疗原发性肾病综合征合并急性肾功能衰竭的研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2010,12(2):211-212.
- [6] 苏钊. 中西医结合治疗慢性肾功能衰竭临床研究[J]. 河南中医,2014,34(3):499-501.
- [7] 黄晓华,申涛,杨冰,等. 中西医结合治疗慢性肾功能衰竭疗效观察[J]. 实用医院临床杂志,2010,7(4):120-122.
- [8] 李立,张大宁. 补肾活血汤治疗慢性肾炎 120 例[J]. 吉林中医药,2004,24(4):15-16.
- [9] 黄琨. 慢性肾功能不全中医药治疗的研究新进展[J]. 时珍国医国药,2005,16(3):240.

(收稿日期 2014-06-30)

中西医结合治疗细菌性肝脓肿临床观察

毕保洪 李 伟 李 华

(河北联合大学附属唐山市中医医院,河北 唐山 063000)

中图分类号:R575.4 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)01-0157-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.062

【摘要】目的 观察中西医结合治疗细菌性肝脓肿的临床疗效。**方法** 选取 2004 年 2 月至 2013 年 6 月收治的细菌性肝脓肿患者 87 例,采用单盲随机分成治疗组 44 例和对照组 43 例,两组均给予西医(抗感染和经皮肝穿刺等)治疗,治疗组在西医治疗基础上联合分期辨证口服中药治疗方案,两组治疗 21 d 后观察临床疗效,并分别采集两组治疗前后白细胞(WBC)、血小板(PLT)、谷丙转氨酶(ALT)、白蛋白(ALB)及总胆红素(TBIL)水平变化,进行统计学分析。**结果** 治疗组总有效率为 93.18%,高于对照组的 79.07%($P < 0.05$);同组治疗前后各指标水平比较:治疗 7 d 后两组 ALT、TBIL 差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗后 14 d 和 21 d 各监测指标水平差异有统计学意义($P < 0.05$);两组治疗 7 d 后 WBC、ALT、TBIL 水平差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗 14 d、21 d 后各指标水平差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 中西医结合治疗细菌性肝脓肿临床疗效确切,优于单纯西医治疗。

【关键词】 细菌性肝脓肿 抗感染 经皮肝穿刺 分期辨证 中药

细菌性肝脓肿(BLA)是由于化脓性细菌通过多途径侵入肝脏引发肝实质炎性坏死而形成的继发性化脓感染。随着诊疗技术的不断提高,其病死率明显下降,但仍高达 5.8%~9.0%^[1]。笔者分别采用单纯西医和中西医结合治疗方案,通过观察临床疗效以探讨中西医结合治疗 BLA 的价值,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断标准^[2]需要符合以下条件:(1)具有 BLA 特征性临床表现:高热畏寒,肝区疼痛,乏力,食欲不振;(2)血常规白细胞(WBC)计数明显增高,均在 $10.0 \times 10^9/L$ 以上,中性粒细胞计数显著增高,有核左移现象或中毒颗粒;(3)B 超/CT 呈肝脓肿特征性影像学表现;(4)肝穿刺可抽出黄白色脓液,血培养/穿刺液培养可检出细菌。中医辨证分期标准为(1)初期(蕴结期):肝内感染尚未成痈,症见恶寒发热,胸胁疼痛,厌食纳少,口苦咽干,舌质红,苔黄,脉弦数。证属肝郁气滞,热毒内蕴。(2)中期(成痈期):内脓已成,症见发热不退,肋下痞块,肝区疼痛,口干舌燥,多汗,乏力,舌红,苔黄厚,脉弦滑或数。证属热毒炽盛,化腐为痈。(3)后期(恢复期):感染得以控制,症见发热渐退,胁痛胀满消失,邪势已去,患者出现面色萎黄,神疲乏力,消瘦纳少,口干,舌红、苔少或薄白,脉细数。证属气阴两亏,正虚毒恋。

1.2 病例资料 选取我院自 2004 年 2 月至 2013 年 6 月共收治 BLA 患者 87 例,采用单盲随机法将收治的 87 例 BLA 患者分为两组。治疗组 44 例,男性 19 例,女性 25 例;年龄 32~75 岁(平均 50.50 岁),发病时间 5~25 d,平均 13.50 d,单发脓肿 29 例,脓肿大小 4~20 cm,实验室检查白细胞 $15.3 \sim 25.1 \times 10^9/L$,中性粒细胞 84%以上,合并糖尿病 23 例,合并胆管结石 6 例,合并肝功能损害 32 例;中医辨证分期为初期(蕴结期)25 例,中期(成痈期)14 例,后期(恢复期)5 例。对照组 43 例,男性 20 例,女性 23 例;年龄 34~77 岁,平均 53.60 岁,发病时间 6~28 d,平均 14.40 d,单发脓肿 28 例,脓肿大小 5~19 cm,实验室检查白细胞 $15.5 \sim 24.2 \times 10^9/L$,中性粒细胞 85%以上,合并糖尿病 20 例,合并胆管结石 8 例,合并肝功能损害 30 例;中医辨证分期为初期(蕴结期)24 例,中期(成痈期)15 例,后期(恢复期)4 例。临床表现均有发热畏寒,肝区疼痛,乏力,食欲不振,部分患者伴有恶心呕吐、腹胀等,所有病例均经 B 超、CT 及肝穿刺相结合确诊,均无严重的心脑血管疾病及重要脏器功能不全。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予(1)常规治疗。抗感染,根据细菌培养及药敏试验选用抗生素,配伍应用抗厌氧菌药物。同时治疗并存疾病,加强营养支持、维持水电

解质平衡和纠正酸中毒等治疗。(2)超声引导下肝穿刺抽脓或置管引流术。肝脓肿直径 $> 5\text{ cm}$,B 超检查提示脓肿已液化,远离肝门及大血管,则实施 B 超引导下经皮肝穿刺抽脓或置管引流术,术中或术后应用替硝唑冲洗脓肿。经皮肝穿刺治疗中抽出的脓液常规送病理检查和细菌培养+药敏试验。治疗组入院后在西医治疗基础上均分期辨证口服中药治疗,初期及中期治以清热解毒消痈散结,药用自拟清热解毒消痈汤:金银花、金银花炭各 30 g,败酱草、蒲公英各 30 g,赤芍、紫花地丁、野菊花各 15 g,白芍 30 g,连翘、牡丹皮各 10 g,生地黄、玄参各 20 g,中期加炙山甲、皂角刺各 15 g;恢复期治以益气养阴、活血散瘀,药用自拟益气养阴祛邪汤:生黄芪 50 g,太子参 30 g,党参 10 g,生地黄 20 g,当归 10 g,玄参 20 g,石斛 10 g,穿山甲 10 g,金银花 20 g。中药由本院煎药室统一煎制,每日 1 剂,早晚分服。

1.4 疗效标准^[3] 治愈:临床症状及体征消失,各项实验室检查指标正常,B 超提示肝肿大复原,液性暗区消失。显效:临床症状及体征消失,各项实验室检查指标正常,B 超提示肝肿大和液性暗区病灶缩小。有效:临床症状及体征缓解,B 超提示肝肿大和液性暗区病灶缩小或无变化。无效:临床症状及体征无变化,B 超提示肝肿大及液性暗区病灶无变化或增大。

1.5 监测指标 治疗 21 d 后观察临床疗效,并分别于治疗前、治疗后(7 d、14 d、21 d)测定 WBC、血小板(PLT)、谷丙转氨酶(ALT)、白蛋白(ALB)及总胆红素(TBIL)水平,采集各指标加以分析。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计分析软件。数据以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,两组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 见表 1。治疗组总有效率明显优于对照组($P < 0.05$)。两组患者治疗后均无死亡病例,针对两组治疗无效患者均采用腹腔镜肝脓肿开窗引流术治愈,治疗无效均因脓肿较大,脓肿内分隔多,液化不完全而导致本治疗方案失败。

表 1 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	44	25	11	5	3	41(93.18) [△]
对照组	43	15	10	9	9	34(79.07)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后实验室指标水平变化 见表 2。治疗前后指标比较,两组治疗 7 d 后 ALT、TBIL 差异有统计学意义($P < 0.05$),其他指标差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后 14 d 和 21 d 各监测指标水平有

统计学意义 ($P < 0.05$); 两组治疗后 7 d WBC、ALT、TBIL 水平比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 其他指标差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后 14 d、21 d 各指标水平差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 两组不同时间点实验室指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	WBC($\times 10^9/L$)	PLT($\times 10^9/L$)	ALT(U/L)	ALB(g/L)	TBIL($\mu\text{mol/L}$)
治疗组 ($n=44$)	治疗前	18.2 $\pm$ 5.1	85.3 $\pm$ 21.5	74.2 $\pm$ 15.2	27.1 $\pm$ 3.2	83.5 $\pm$ 10.1
	治疗后 7 d	15.3 $\pm$ 4.2 [△]	87.1 $\pm$ 19.8	60.2 $\pm$ 15.5 [△]	26.5 $\pm$ 4.2	46.3 $\pm$ 10.6 [△]
	治疗后 14 d	12.1 $\pm$ 3.6 [△]	120.4 $\pm$ 25.3 [△]	45.1 $\pm$ 12.4 [△]	32.8 $\pm$ 4.7 [△]	44.7 $\pm$ 12.5 [△]
	治疗后 21 d	7.5 $\pm$ 2.1 [△]	138.3 $\pm$ 27.4 [△]	34.1 $\pm$ 4.7 [△]	38.2 $\pm$ 2.4 [△]	17.5 $\pm$ 11.6 [△]
对照组 ($n=43$)	治疗前	19.1 $\pm$ 4.3	90.1 $\pm$ 19.8	73.1 $\pm$ 14.5	26.5 $\pm$ 2.6	80.2 $\pm$ 12.0
	治疗后 7 d	18.4 $\pm$ 3.7	88.1 $\pm$ 21.7	70.3 $\pm$ 13.8	27.5 $\pm$ 3.6	75.6 $\pm$ 11.9
	治疗后 14 d	15.3 $\pm$ 4.1	98.7 $\pm$ 15.3	59.7 $\pm$ 15.6	29.1 $\pm$ 2.6	65.4 $\pm$ 10.5
	治疗后 21 d	10.2 $\pm$ 2.3	107.9 $\pm$ 21.5	47.3 $\pm$ 8.9	33.4 $\pm$ 3.8	33.2 $\pm$ 12.4

与对照组同时时间点比较, [△] $P < 0.05$ 。

3 讨论

BLA 是一种较严重的感染性疾病, 多由大肠埃希菌或肺炎克雷伯杆菌感染致病, 因肝脏血运丰富, 在脓肿形成发展过程中, 大量毒素被吸收后可呈现严重的脓毒血症, 脓肿还可向膈下、腹腔或胸腔穿破等严重并发症。以往细菌性肝脓肿主要病因为胆源性, 占全部病例 51.2%^[4], 而近年来, 随着进入老龄化社会及人们对慢性代谢性疾病重视不足、控制不佳, 近 5 年来 BLA 的最主要病因由胆系疾病转变为糖尿病^[5], 所以积极控制慢性代谢性疾病是预防细菌性肝脓肿发生的重要措施之一。目前, 在 BLA 的治疗中, 传统外科手术引流已基本被经皮肝穿刺抽吸和置管引流所取代^[6], 成为西医治疗 BLA 的第一线治疗措施, 其具有创伤小、痛苦轻、恢复快的特点, 能明显缩短患者的住院时间、减轻患者经济负担, 但其亦受到一定的限制, 如当脓肿有分隔、脓液黏稠、脓肿内有大量坏死组织等常使引流不充分。同时, 抗生素在细菌性肝脓肿治疗中占有重要地位, 定位穿刺和外科手术切除均需要配合抗生素的使用, 但是其疗程长、副作用多, 易产生耐药性或二重感染。因此笔者在使用抗生素和(或)经皮肝穿刺基础上, 按照中医辨证论治的原则联合中药治疗, 可起到标本同治作用。

中医认为本病属“肝痈”范畴, 其病因病机乃是由于饮食不洁, 感受湿热病邪, 侵犯肠胃, 内伤于肝, 经脉受阻, 气血瘀滞, 热毒蕴结, 烂肉腐肌积久成为脓肿, 每

于纵酒、饮食不当、营养障碍、或机体抵抗力削弱时均易感染此病, 正如古人所说“正气存内, 邪不可干, 邪之所凑, 其气必虚”。根据辨证分期, 将细菌性肝脓肿分为初期(蕴结期)、中期(成痈期)和后期(恢复期)。初期和中期证属热毒内蕴、热毒炽盛、化腐为痈, 治以清热解毒、消痈散结, 药用自拟清热解毒消痈汤, 方中重用金银花、金银花炭, 《滇南本草》中记载金银花“清热, 解诸疮、痈疽发背, 无名肿毒, 丹瘤、瘰癧”, 金银花炭能入血分清解血分之热, 具有清解内毒、透邪外出、活血化瘀之功效, 配以败酱草、紫花地丁、蒲公英等清热解毒之品使毒邪衰其大半, 中期加炙穿山甲、皂角刺以消痈散结, 诸药合用以达毒祛、瘀散、坚溃、肿消之效; 后期证属气阴两亏、正虚毒恋, 治以益气养阴、活血散瘀、扶正固本, 药用自拟益气养阴祛邪汤, 方中以生黄芪、太子参、党参益气, 生地、玄参、石斛养阴扶正, 加用当归、山甲活血祛瘀共奏扶正祛邪之功。现代药理研究已证实金银花有广泛的抗病原微生物、抗毒、抗炎^[7]作用; 黄芪、太子参、党参均有增强机体免疫功能、抗衰老作用; 牡丹皮、赤芍、连翘可增强机体免疫, 改善免疫抑制状态, 减少内毒素对脏器的损伤^[8]。

中西医结合治疗 BLA, 各取所长, 能达到标本同治, 加快脓肿痊愈。本研究结果显示, 采用中西医结合治疗本病治愈率高, 无病死率, 临床疗效确切, 明显优于单纯西医治疗 ($P < 0.05$)。

参 考 文 献

- [1] 黄洁夫. 腹部外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 1097.
- [2] 严律南. 肝脏外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 710-716.
- [3] 刘安庆, 田兴河. 中西医结合治疗细菌性肝脓肿 20 例[J]. 中国中医急症, 2004, 13(7): 467-468.
- [4] Hashimoto L, Hermann R, Grundfest-Broniatowski S. Pyogenic hepatic abscess results of current management[J]. J Am Surg, 1995, 61(5): 407-411.
- [5] 周阿佩, 彭孝纬. 最近 5 年福建省细菌性肝脓肿的致病菌及伴发疾病[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2010, 19(2): 170-173.
- [6] 孙军刚, 何向辉, 梁晓宇, 等. 超声引导经皮穿刺治疗肝脓肿[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2010, 16(1): 14-16.
- [7] 南京中医药大学. 中药大辞典[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2005: 1966.
- [8] 李成强, 常毓颖, 沈勤康. 脓毒症的中医药治疗进展[J]. 中国中医急症, 2011, 20(7): 1120-1122.

(收稿日期 2014-07-03)

宣肺化痰汤治疗急性支气管炎临床观察

樊新昱

(北京市宣武中医医院, 北京 100050)

中图分类号: R562.2*1 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0160-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.063

【摘要】目的 观察宣肺化痰汤治疗急性支气管炎的临床疗效。**方法** 将 90 例急性支气管炎病例随机分组, 治疗组 47 例, 对照组 43 例。两组均予抗感染对症治疗, 治疗组加服宣肺化痰汤治疗。两组疗程均为 7 d。**结果** 治疗组中发热、咳嗽、痰量、呼吸频率及肺部听诊等症分值得下降较对照组显著 ($P < 0.05$), 所需时程治疗组较对照组更短 ($P < 0.05$)。**结论** 应用宣肺化痰汤治疗急性支气管炎疗效更优。

【关键词】 宣肺化痰汤 急性支气管炎 发热 咳嗽 痰量

急性支气管炎是急诊临床常见病, 笔者应用宣肺化痰汤治疗效果显著, 临床可予推广, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例西医诊断符合 2005 年欧洲呼吸病学会提出的诊断标准^[1]。中医诊断符合文献^[2]。辨证为外寒内热证。

1.2 临床资料 选择 2012 年 4 月至 2013 年 10 月北京市宣武中医医院急诊科急性支气管炎患者, 中医辨证为外寒内热证咳嗽病例 90 例, 随机数字表法分为治疗组和对照组。其中治疗组 47 例, 男性 27 例, 女性 20 例; 年龄 16~88 岁; 病程 1~17 d。对照组 43 例, 男性 22 例, 女性 21 例; 年龄 18~82 岁; 病程 1~14 d。

1.3 治疗方法 对照组西医常规治疗(静脉给药), 包括抗感染、化痰、平喘治疗。治疗组在对照组基础上, 口服宣肺化痰汤: 麻黄 5 g, 杏仁、蝉蜕、苏子、莱菔子、黄芩、连翘各 10 g, 芦根、茅根各 15 g, 牛蒡子、枇杷叶各 8 g, 甘草 2 g。发热去黄芩, 加生石膏 15~25 g (或羚羊角粉 0.6 g), 薄荷 10 g; 鼻塞流涕明显加辛夷、苍耳子各 8 g; 咽痛咽干加元参、板兰根各 12 g, 射干 8 g; 痰盛加葶苈子 3~5 g; 喘憋加细辛、五味子各 2 g。两组疗程均为 7 d。

1.4 观察指标 观察各组第 1、3、7 日症状体征及临床疗效。中医症状评分参考《中医新药临床研究指导原则》制定^[3]。

1.5 疗效标准 根据《临床疾病诊断与疗效判断标准》^[4]制定疗效标准。治愈: 咳嗽、咯痰及全身症状消失; 体温恢复正常; 肺部无异常体征。好转: 咳嗽、咯痰症状减轻; 体温恢复正常。无效: 咳嗽、咯痰症状未减轻; 体温未恢复。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计分析软件。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 并对数据采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗后总有效率比较 见表 1。结果示治疗组总有效率为 97.87%, 高于对照组的 93.02%, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治愈率治疗组 65.96%, 高于对照组的 41.86% ($P < 0.05$)。

表 1 两组治疗后总有效率比较 (n)

组别	n	治愈	好转	无效	治愈率 (%)	总有效率 (%)
治疗组	47	31 [△]	15	1	65.96 [△]	97.87
对照组	43	18	22	3	41.86	93.02

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗后疗效比较 见表 2。结果示治疗 1 d 后, 治疗组发热、咳嗽、呼吸频率、肺部听诊等症分值得下降显著 ($P < 0.05$), 痰量分值得下降, 较治疗前差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 对照组呼吸频率、肺部听诊分值得下降明显 ($P < 0.05$); 两组对比, 治疗组发热、咳嗽、肺部听诊分值得下降较对照组明显 ($P < 0.05$), 治疗组呼吸频率分值得较对照组低, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗 3 d 后治疗组各症状分值得较治疗 1 d 后均明显下降 ($P < 0.05$); 对照组除呼吸频率外各分值得均较治疗 1 d 后明显下降 ($P < 0.05$); 两组对比, 治疗组各分值得均较对照组下降明显 ($P < 0.05$)。治疗 7 d 后, 治疗组

表 2 两组治疗 1、3、7 d 后疗效比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	发热	咳嗽	痰量	呼吸频率	肺部听诊
治疗组 ($n=47$)	治疗前	2.49 $\pm$ 0.37	4.68 $\pm$ 0.45	3.31 $\pm$ 0.53	3.79 $\pm$ 0.58	4.47 $\pm$ 0.74
	治疗 1 d	1.19 $\pm$ 0.53 ^{*△}	2.03 $\pm$ 0.43 ^{*△}	2.91 $\pm$ 0.51	1.72 $\pm$ 0.62 [*]	2.85 $\pm$ 0.49 ^{*△}
	治疗 3 d	0.62 $\pm$ 0.09 ^{*△}	1.04 $\pm$ 0.11 ^{*△}	1.58 $\pm$ 0.36 ^{*△}	1.06 $\pm$ 0.24 ^{*△}	1.19 $\pm$ 0.59 ^{*△}
	治疗 7 d	0.15 $\pm$ 0.07 ^{*△}	0.31 $\pm$ 0.08 ^{*△}	0.47 $\pm$ 0.06 ^{*△}	0.28 $\pm$ 0.05 ^{*△}	0.36 $\pm$ 0.11 ^{*△}
对照组 ($n=43$)	治疗前	2.46 $\pm$ 0.35	4.79 $\pm$ 0.42	3.47 $\pm$ 0.29	3.92 $\pm$ 0.60	4.63 $\pm$ 0.69
	治疗 1 d	2.18 $\pm$ 0.48	3.84 $\pm$ 0.71	3.20 $\pm$ 0.44	2.02 $\pm$ 0.47 [*]	3.38 $\pm$ 0.49 [*]
	治疗 3 d	1.13 $\pm$ 0.14 [*]	1.87 $\pm$ 0.10 [*]	2.35 $\pm$ 0.44 [*]	1.73 $\pm$ 0.39	2.38 $\pm$ 0.54 [*]
	治疗 7 d	0.27 $\pm$ 0.06 [*]	1.22 $\pm$ 0.13 [*]	1.35 $\pm$ 0.04 [*]	1.05 $\pm$ 0.10 [*]	1.17 $\pm$ 0.10 [*]

与本组治疗前比较, $^*P < 0.05$; 与治疗组治疗后同时间比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

和对照组各分值均较治疗 3 d 后明显下降 ($P < 0.05$), 两组各分值均趋于正常, 治疗组各分值较对照组均有下降显著。总体观察, 治疗组分值下降幅度大, 速度快。治疗组中发热、咳嗽、痰量、呼吸频率及肺部听诊等症状恢复较迅速, 疗效更优。

3 讨论

急性支气管炎是急诊临床常见病, 是由病毒或细菌感染或过敏反应及理化刺激形成的支气管黏膜急性炎症。多以发热、咳嗽、咯痰、喘鸣为主症, 虽为自限性疾病, 但不经治疗可迁延不愈形成慢性支气管炎, 甚至诱发慢性心、肺病变而影响生活质量或造成极大危害。近年来, 虽然抗生素更新迅速, 但本病对抗生素的治疗反应尚待于研究^[5]。因此积极有效且简便的治疗措施则更为必要, 中医药可显现出更大优势。

本方治以宣肺祛风、清热化痰为法, 其中麻黄辛、温、微苦, 能开发宣通肺气, 蝉衣清热、宣肺, 配连翘以使肺中风热之邪透散而解; 枇杷叶、杏仁降气化痰, 二者合用, 降气肃肺, 与麻黄等同用, 宣升肺气、透邪外出, 又能肃降肺气、降逆化痰, 使宣降结合、相辅相成。苏子、莱菔子下气化痰, 再配以法半夏化痰和胃降逆, 3 味合用, 能祛痰降逆, 以除肺中痰浊, 从而恢复肺气肃降之功能。芦根既能润肺中津液, 又能清热泻肺排脓, 配茅根甘寒, 能生津泻火以润肺。黄芩清热泻火, 制以

酒炒而升。故芦根、茅根与黄芩三者相配, 既可清热泻肺, 又可保肺中津液而不碍湿, 再配以甘草调和诸药。纵览全方, 宣降结合, 共奏宣肺祛风、清热化痰之功。如发热明显, 应用生石膏清透肌腠邪热; 若热度较高, 尤应使用羚羊角粉, 其不但能凉肝息风, 更能清肺散风, 因其气轻清灵活而不呆滞, 随清里药退热于中, 而无留邪之弊。

本观察中, 虽然两组病例总有效率差异无统计学意义, 但治疗组治愈率明显高于对照组, 治疗组中发热、咳嗽、痰量、呼吸频率及肺部听诊等恢复较迅速, 疗效更优。综上所述, 应用本方可显著提高急性支气管炎的治愈率, 缩短疗程, 值得推广。

参考文献

- [1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 1547.
- [2] 方药中, 邓铁涛, 李克光, 等. 实用中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1986: 152.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 54-60.
- [4] 孙明, 王蔚文. 临床疾病诊断与疗效判定标准[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2010: 935.
- [5] 蔡柏蔷, 李龙芸. 协和呼吸病学[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2011, 2: 819.

(收稿日期 2014-03-06)

参附注射液治疗慢性心力衰竭的临床观察

钱漪 周菁 陈颖 李金平 卢晓峰

(上海市瑞金医院北院, 上海 0201801)

中图分类号: R541.6+1 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0161-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.064

【摘要】目的 观察参附注射液对心肾阳虚型慢性心力衰竭患者心功能以及中医证候的临床疗效。**方法** 将 60 例心肾阳虚型慢性心力衰竭患者随机分为对照组和治疗组, 各 30 例。对照组给予西药常规治疗, 治疗组在西药常规治疗基础上加用参附注射液。两组疗程均为 14 d。**结果** 治疗组总有效率明显高于对照组。两组治疗后 BNP、左室射血分数、左室舒张末期直径均明显改善, 且治疗组改善更明显。治疗组中医证候总有效率明显高于对照组 (均 $P < 0.05$)。**结论** 加用参附注射液治疗慢性心力衰竭心肾阳虚型患者, 可显著提高左室射血分数, 提示参附注射液可作为辅助治疗心肾阳虚型充血性心力衰竭患者的有效药物。

【关键词】 参附注射液 慢性心力衰竭 心肾阳虚 BNP EF LVDd

2012 年 ESC 急慢性心力衰竭诊断治疗指南将心力衰竭定义为一种临床综合征, 即患者由于心脏结构或功能异常表现为有典型的症状 (即呼吸困难、踝部肿胀和疲乏) 和体征 (即颈静脉压升高、肺部啰音和心尖搏动移位)^[1]。慢性心力衰竭是大多数心血管疾病的最终归宿, 其 5 年生存率和恶性肿瘤相近。目前心力衰竭治疗主要在于改善血流动力学以及阻断神经内分泌紊

乱, 为寻求更佳的治疗方案, 改善患者生活质量, 本研究拟在西医常规治疗基础上加用参附注射液治疗心肾阳虚型慢性心力衰竭患者, 观察治疗前后心功能指标以及中医证候的改善程度。先报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例临床诊断符合《实用内科学》。中医证候诊断标准参照《中药新药临床研究指导

原则》^[2]。

1.2 临床资料 选取我院 2013 年 5 月至 2013 年 12 月收治患者 60 例,均经第 13 版《慢性心力衰竭诊断标准》以及纽约心脏病学会 NYHA 分级Ⅲ~Ⅳ级,同时辨证属于中医心肾阳虚,年龄 65~80 岁。随机分为两组,治疗组 30 例,男性 14 例,女性 16 例;心功能Ⅲ级 21 例,Ⅳ级 9 例。对照组 30 例,男性 13 例,女性 17 例;心功能Ⅲ级 18 例,Ⅳ级 12 例。两组患者临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组采用常规治疗,包括低盐饮食、利尿、扩血管、ACEI 或 ARB、 β 受体阻滞剂等;治疗组在以上常规治疗基础上加用参附注射液(深圳三九医药股份有限公司生产)50 mL 溶于 0.9%氯化钠注射液 250 mL 静滴,每日 1 次,两组疗程均为 14 d。

1.4 观察指标 观察两组治疗前后心功能改善情况,中医证候改善情况,血浆 BNP 水平和左室射血分数(EF),左室舒张末期直径(LVDd)。

1.5 疗效标准 综合疗效:参照《中药新药治疗充血性心力衰竭临床研究指导原则》^[2]。显效:治疗后症状明显减轻,心功能提高 2 级或以上。有效:各项症状部分减轻,心功能提高 1 级。无效:症状体征无改善或加重,心功能无变化或加重。中医证候疗效:显效为主次症基本或完全消失,治疗后积分为零或减少 $>70\%$;有效为治疗后证候积分减少 $\geq 30\%$;无效为治疗后证候积分减少不足 30%;加重为治疗后积分超过治疗前积分。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计分析软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,并对数据采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组综合疗效比较 见表 1。结果显示治疗组总有效率为 90.00%,明显高于对照组的 83.33%($P<0.05$)。

表 1 两组综合疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	恶化	总有效(%)
治疗组	30	15	12	2	1	90.00 [△]
对照组	30	12	13	4	1	83.33

与对照组比较, $^{\Delta}P<0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗后检查指标改善情况比较 见表 2。结果显示治疗后两组 BNP, LVEF, LVDd 均较治疗前改善($P<0.01$),但治疗组改善更明显($P<0.05$)。

2.3 两组中医证候疗效比较 见表 3。治疗组总有效率为 93.33%,高于对照组的 43.33%($P<0.05$)。

3 讨论

慢性心力衰竭属于中医学“心悸”、“怔忡”、“胸

表 2 两组 BNP、EF、LVDd 检查指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别		BNP(pg/mL)	EF(%)	LVDd(mm)
治疗组 ($n=30$)	治疗前	1298.86 $\pm$ 103.47	42.96 $\pm$ 4.13	55.04 $\pm$ 1.67
	治疗后	577.16 $\pm$ 117.34 ^{*△}	47.17 $\pm$ 4.26 ^{*△}	53.45 $\pm$ 1.83 ^{*△}
对照组 ($n=30$)	治疗前	1088.68 $\pm$ 109.48	48.72 $\pm$ 4.37	52.44 $\pm$ 1.38
	治疗后	529.15 $\pm$ 121.02 [*]	49.68 $\pm$ 4.29 [*]	51.56 $\pm$ 1.26 [*]

与本组治疗前比较, $^*P<0.01$;与对照组治疗后比较, $^{\Delta}P<0.05$ 。

表 3 两组中医证候疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	恶化	总有效(%)
治疗组	30	15	13	1	1	93.33 [△]
对照组	30	4	9	16	1	43.33

痹”、“水肿”、“喘证”等范畴,病机多由心阳衰微,无力鼓动血脉所致。中医认为心脏的正常搏动依赖心气、心阳的鼓动和温煦,心之气阳是维持血液循环的基本动力。心之气阳不足,推动乏力,则气血运行不畅,瘀阻心脉,甚则血瘀水停,心失所养,导致心主血脉功能的紊乱与衰竭,出现心功能不全的临床表现^[4]。治疗应用温阳益气之法,可使阳气得振,瘀痰邪散,心脉得畅,诸症缓解。

参附注射液源于著名验方参附汤,其有效活性成分为人参总皂苷、乌头类生物碱,二者有类似 β 受体激动剂样作用,能增强心肌收缩力,增加心输出量,舒张冠状动脉及增加脑血流量^[5],亦可延长心室舒张期充盈时间^[6]。本研究结果显示,在常规改善血流动力学和神经内分泌紊乱治疗基础上加用参附注射液后,心肾阳虚型心力衰竭患者的 EF 值显著提高,临床证候显著改善,提示参附注射液能增强心肌收缩力、改善患者临床证候,提高患者整体疗效。因此,参附注射液是治疗心肾阳虚型慢性心力衰竭患者有效的中药制剂,可作为该中医证型心力衰竭患者临床治疗的有益补充。

参考文献

- [1] John J. V. McMurray, Stamatis Adamopoulos, Stefan D. Anker, et al. 2012 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure [J]. European heart journal, 2012, 33: 1787-1847.
- [2] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 中国医药科技出版社, 2002: 77-85, 112-115.
- [3] 杨尚印, 严文魁, 俞国华. 心功能不全 [M]. 北京: 华夏出版社, 1995: 611-616.
- [4] 张仲林, 钟玲, 臧志和. 参附注射液的临床应用与药理作用研究 [J]. 西南国防医药, 2008, 18(3): 454-457.
- [5] 罗学科. 参附注射液药理作用研究 [J]. 临床和实验学杂志, 2007, 6(9): 157-158.

(收稿日期 2014-06-09)

内外合治法防治急性髓细胞白血病化疗性 消化道反应临床观察

佟丽¹ 王茂生^{2△} 仲召玲¹ 谭芝¹ 杨丽美¹

(1. 河北省玉田县中医医院, 河北 玉田 064100; 2. 河北省廊坊市中医医院, 河北 廊坊 065000)

中图分类号: R730.59 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0163-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.065

【摘要】目的 观察中医辨证论治联合外治法防治急性髓细胞白血病化疗所致消化道反应的临床疗效。**方法** 将 60 例急性髓细胞白血病患者随机为治疗组和对照组, 各 30 例, 对照组在每日化疗前 30 min 给予盐酸格拉司琼注射液进行治疗, 治疗组辨证论治联合半夏散穴位贴敷治疗。两组均应用至化疗结束, 比较两组患者的临床疗效和副作用。**结果** 两组患者治疗后呕吐情况比较差异无统计学意义($P>0.05$); 治疗组在改善食欲、防止体质量减轻、减轻胃脘胀满、便秘、口干等方面明显优于对照组($P<0.05$); 对照组药物存在加重腹满、诱发便秘等不良反应。**结论** 中医辨证论治联合外治法防治急性髓细胞白血病化疗所致消化道反应安全、有效, 优势明显。

【关键词】 急性髓细胞白血病 化疗性消化道反应 内外合治

急性髓细胞白血病是造血系统恶性增殖性疾病, 目前国内外的治疗仍以化疗为主, 化疗相关性胃肠道反应是影响患者生活质量的重要因素。笔者所在医院采用内外合治法防治急性髓细胞白血病化疗性消化道反应取得满意疗效, 改善了患者生活质量。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准: 参照《血液病诊断及疗效判断标准》中急性白血病诊断标准^[1]。所有患者均行骨髓细胞形态学、血常规、免疫分型、融合基因等检查。

1.2 临床资料 60 例 AML 患者均为河北省玉田县中医医院及河北省廊坊市中医医院 2013 年 1 月至 2013 年 12 月初诊住院患者, 按随机数字表法分为治疗组和对照组各 30 例。其中治疗组男性 17 例, 女性 13 例; 年龄 18~60 岁, 平均 (34.63 ± 5.36) 岁; M1 1 例, M2a 4 例, M2b 6 例, M4a 3 例, M4b 6 例, M4eo 3 例, M5a 3 例, M5b 2 例, M6 1 例, M7 1 例。对照组男性 16 例, 女性 14 例; 年龄 19~61 岁, 平均 (35.57 ± 6.38) 岁; 其中 M1 0 例, M2a 5 例, M2b 5 例, M4a 2 例, M4b 4 例, M4eo 4 例, M5a 5 例, M5b 3 例, M6 2 例, M7 0 例(AML-M3 因其治疗不同于其他 AML, 未纳入观察)。两组性别、年龄等资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 诱导化疗方案: 治疗组与对照组一致, 均采用标准剂量的 DA(DNR $45\text{ mg/m}^2\cdot\text{d}\times 3\text{ d}$, AraC $200\text{ mg/m}^2\cdot\text{d}\times 7\text{ d}$) 方案诱导化疗。化疗期间均给予水化、碱化、护肝等对症支持治疗。消化道反应防治: 对

组每日化疗前 30 min 给予盐酸格拉司琼注射液 3 mg (扬子江药业集团有限公司, 国药准字 H20020718) 静脉推注, 每日 1 次; 治疗组中医辨证论治结合半夏散穴位贴敷治疗^[2]。(1) 湿热内蕴证: 主症为纳呆, 恶心, 呕吐, 腹满, 口苦, 舌苔黄白厚腻, 脉滑或濡; 治则为清热除湿, 消食化滞, 降逆止呕; 方用黄连温胆汤加减, 姜半夏 9 g, 紫苏子 12 g (包煎), 酒黄芩 6 g, 川黄连 3 g, 茯苓 10 g, 陈皮 15 g, 厚朴 15 g, 苍术 12 g, 白术 10 g, 砂仁 9 g, 竹茹 6 g, 甘草 6 g, 薏苡仁 20 g, 焦三仙各 10 g, 水煎每日 1 剂, 少量频服。(2) 湿热伤阴证: 主症包括纳呆, 恶心, 烦心, 口干不欲饮, 舌淡, 苔灰黄或黄褐黑厚, 脉濡; 治则为养阴清热, 除湿化滞, 降逆止呕; 方选生脉饮合二陈汤加减, 党参 10 g, 生地黄 20 g, 麦冬 15 g, 知母 10 g, 牡丹皮 10 g, 女贞子 15 g, 藿香 10 g, 茯苓 10 g, 黄连 3 g, 苍术 12 g, 半夏 12 g, 焦三仙各 10 g, 泽泻 10 g, 陈皮 10 g, 石斛 10 g, 甘草 6 g, 水煎每日 1 剂, 少量频服。(3) 气阴两虚证: 主症为乏力, 纳差, 咽干, 手足心热, 盗汗, 失眠, 舌淡或红, 苔薄少津, 脉细或虚数; 治则为益气养阴, 健脾和胃; 方用生脉饮合四君子汤加减, 太子参 10 g, 麦冬 10 g, 五味子 10 g, 生地黄 15 g, 知母 12 g, 女贞子 15 g, 墨旱莲 10 g, 白芍 12 g, 白术 10 g, 茯苓 10 g, 焦三仙各 10 g, 甘草 6 g, 水煎每日 1 剂, 少量频服。外治用半夏散穴位贴敷: 于化疗开始前 30 min, 取法半夏粉 10 g、新鲜生姜 20 g (切成碎末), 两者混匀, 用纱布包裹或伤湿膏贴敷于患者神阙穴, 外用医用胶布固定, 每日 1 次, 每次贴敷 12 h, 持续至化疗结束。

1.4 观察指标 观察指标分为主要指标和次要指标,

△通信作者(电子邮箱: wms65352003@163.com)

主要指标包括食欲减退、呕吐两项症状;次要指标包括患者口干、胃脘胀满、便秘、腹泻、体质量减轻与否、电解质失衡(K^+ 、 Na^+ 、 Cl^-)等。

1.5 疗效标准 食欲减退、呕吐采用 WHO 关于化疗药物不良反应标准分度标准^[3]:食欲无下降,无呕吐,为 0 度;食欲稍下降,每日 1~2 次,为 I 度;食欲明显下降,每日 3~5 次,为 II 度;食欲完全丧失,每日多于 5 次,为 III 度。中医症状疗效标准:治疗后临床症状全部消失,为临床控制;治疗后症状较前减少 1/3~2/3,为显效;治疗后症状积分较前减少不足 1/3 或者加重者,为无效;有效=临床控制+显效。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验(若样本来自非正态总体,采用非参数检验中的 Wilcoxon 符号秩和检验);组间比较采用方差分析(若样本来自非正态总体,采用非参数检验中的 K-W 检验)。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组中医证型分布比较 见表 1。两组患者中医证型分布比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 两组中医证型分布比较(n)

证型	n	湿热内蕴	湿热伤阴	气阴两虚
治疗组	30	16	3	11
对照组	30	15	2	13

2.2 两组患者化疗期间食欲情况比较 见表 2。结果见治疗组食欲明显优于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组患者化疗期间食欲情况比较(n)

组别	n	0 度	I 度	II 度	III 度
治疗组	30	12	13	3	2
对照组	30	4	5	17	4

2.3 两组患者化疗期间呕吐情况比较 见表 3。结果见两组呕吐情况比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 3 两组患者化疗期间呕吐情况比较(n)

组别	n	0 度	I 度	II 度	III 度
治疗组	30	22	5	2	1
对照组	30	21	4	4	1

2.4 化疗期间两组次要指标比较 从两组患者次要指标来看,不同程度恶心症状(治疗组 24 例;对照组 26 例)最为常见,常常伴随食欲减退、呕吐发生,部分食欲无明显变化患者亦有轻度恶心症状;胃脘胀闷不适亦较常见(治疗组 12 例;对照组 19 例);便秘均见于对照组,共 7 例,其中 4 例需要对症处理;大便溏或软便以中药治疗组常见,共 14 例,均无需特殊处理,两组

均未见水样腹泻;体质量轻度减轻治疗组 3 例,对照组 5 例;电解质紊乱治疗组 2 例,对照组 8 例,均以 K^+ 减低为主,对症治疗后均好转。

3 讨论

化疗是治疗急性白血病的主要方法之一,而胃肠道反应尤其是食欲减退、呕吐是白血病患者化疗过程中最常见的不良反应之一,也是很多患者恐惧化疗的重要原因之一,甚至还会降低患者对治疗的依从性,使患者拒绝进一步化疗,被迫中止有效的治疗^[4]。目前临床多应用 5-羟色胺($5-HT_3$)受体拮抗止呕药物防治,本研究应用盐酸格拉司琼注射液是一种高选择性的 $5-HT_3$ 受体拮抗剂,对因放疗、化疗及手术引起的恶心和呕吐具有良好的预防和治疗作用,但其具有减慢胃肠运动副作用而诱发便秘^[5]。且仅限于止呕,对化疗药物引起的胃肠道功能紊乱却失于调节。

中医学认为,化疗药物多为“毒药”,化疗的目的是以毒攻毒,这些药物多属辛温燥烈之品,极易伤及人体正气,尤其易损伤脾胃运化功能,致湿热内蕴或湿热伤阴,症状多见如食欲不振、恶心、呕吐,同时伴有头晕目眩、手足麻木、乏力等全身症状,此期治疗的原则是“急则治其标”,顾护胃气,以调理脾胃为主。

湿热证者方选黄连温胆汤加减,方中半夏、陈皮、苍术降逆和胃、燥湿化痰;厚朴下气消痰,使痰随气下;苏子宽胸理气;竹茹清热化痰止呕;茯苓、薏苡仁、白术健脾渗湿;黄芩泻胆火;黄连清心火而开胃;焦三仙消食和胃;甘草调和诸药,诸药合用,清热除湿,消食化滞,降逆止呕。湿热伤阴者方选生脉饮合二陈汤加减,方中半夏、陈皮、苍术降逆和胃、燥湿化痰;党参、生地、麦冬、石斛、女贞子益气养阴清热;知母、牡丹皮清热除烦;茯苓、泽泻淡渗祛湿;黄连清心火而开胃;藿香芳香醒脾;焦三仙消食和胃;甘草调和诸药,诸药合用,功能养阴清热,除湿化滞,降逆止呕。气阴两虚型者方选生脉饮合四君子汤加减,方中生脉饮加生地黄益气养阴;二至丸合知母滋肾阴、清虚热;白术、茯苓健脾之运化;白芍、甘草酸甘化阴;焦三仙健胃消食化滞,诸药合用可益气养阴,健脾和胃,助中州之运化。

此期因患者多恶心、呕吐明显,部分患者难于进服汤药,故可联合或单独应用半夏散穴位贴敷,半夏散方用半夏、生姜,实为仲景之小半夏汤也,两者合用理气和胃、降逆止呕,临证可辨证加减用于各型呕吐,且生姜辛散,可助半夏粉经神阙穴直达病所,有利于迅速发挥止呕之功效。中医理论认为,神阙穴是人体神气通行出入的门户,是任脉的要穴,且与督脉、冲脉相通。通过经络上联心肺、中经脾胃、下通肝肾。脐疗时,药物经脐透入经脉,随经脉气血流注运行而输布全身,直达病所,从而达到防病治病的目的^[6]。

本观察显示中医治疗组在改善食欲、防止体质量减轻、减轻胃脘胀满、便秘、口干等症状明显优于对照组。对照组药物存在加重腹满、诱发便秘等不良反应。表明中医辨证论治联合外治法防治急性髓细胞白血病化疗所致消化道反应安全、有效,患者生活质量优于对照组。

参 考 文 献

- [1] 张之南,沈悌. 血液病诊断及疗效标准[M]. 3 版. 北京:科学出版社,2007:106-116.
[2] 段连凤,许文江,梁丽,等. 半夏散防治白血病化疗性消化

- 道反应临床观察[J]. 中国中医急症,2013,22(7):1221-1222.
[3] 孙燕. 内科肿瘤学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:185-186.
[4] Hesketh PJ. Chemotherapy-induced nausea and vomiting[J]. N Engl J Med,2008,358(23):2482-2494.
[5] 陈新谦,金有豫,汤光,等. 新编药理学[M]. 15 版. 北京:人民卫生出版社,2004:454.
[6] 张晓羽. 中药敷脐疗法在肿瘤治疗中的应用[J]. 中医外治杂志,2008,17(4):49-51.

(收稿日期 2014-07-05)

穴位注射联合静脉镇痛用于剖宫产术后镇痛临床观察

马从学 倪绍端 伏晓虎

(江苏省泗阳县人民医院,江苏 泗阳 223700)

中图分类号:R245.9*5 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)01-0165-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.066

【摘要】目的 观察穴位注射联合静脉镇痛用于剖宫产术后镇痛的疗效和安全性。**方法** 取剖宫产术后患者 60 例,随机分为观察组(穴位注射联合静脉镇痛组)和对照组(静脉镇痛组),每组 30 例,对照组应用芬太尼和昂丹司琼,观察组在对照组基础上于双侧足三里穴和内关穴注射芬太尼稀释液。比较两组术后 4、8、24、48 h 各时点 VAS 评分、BCS 评分及不良反应情况。**结果** 在 8 h 和 24 h,观察组 VAS 评分、BCS 评分明显高于对照组($P<0.05$);不良反应观察组明显低于对照组($P<0.05$)。**结论** 药物穴位注射联合静脉镇痛是一种较为理想的镇痛方法,可以应用于剖宫产术后镇痛,为临床提供参考。

【关键词】 剖宫产术后 穴位注射 静脉镇痛

PCIA 或 PCEA 是剖宫产术后常采用的镇痛方法,但往往达不到预期效果,时而有镇痛不全、恶心、呕吐等发生,影响术后产妇的顺利康复,本研究通过穴位注射联合静脉镇痛用于剖宫产术后镇痛,镇痛效果较好,为临床提供参考。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 患者一般情况良好,既往身体健康,无心肺疾病,肝肾功能正常。心电图、凝血四项无异常。排除标准:主观不愿意接受本次试验者,病态肥胖症、以前对阿片类药物过敏反应者。

1.2 临床资料 选择 2012 年 1 月至 2013 年 12 月来我院就诊的剖宫产患者 60 例,年龄(25 ± 4.8)岁,体质量(65.5 ± 6.5) kg,ASA I 或 II 级。将所有患者随机分为观察组(穴位注射联合静脉镇痛组)和对照组(静脉镇痛组),各 30 例。两组患者性别、年龄、体质量、手术部位比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 患者入室后,常规监测 BP、ECG、HR、SpO₂,开放静脉通路,输注乳酸林格氏液 10 mL/kg,在

蛛网膜下隙和(或)硬膜外隙麻醉下行剖宫产术,手术进展顺利,待手术切口即将缝合结束时开始镇痛,并向患者及家属介绍镇痛泵装置的使用方法,两组给予负荷剂量芬太尼 0.1 mg 静脉注射后,将镇痛泵与静脉通路连接,镇痛泵持续加压输注给药。观察组将芬太尼 0.5 mg,昂丹司琼 8 mg,用 0.9%氯化钠注射液稀释至 100 mL 注入镇痛泵后,选择双侧足三里、内关穴,并确定相应的位置,常规消毒穴位局部皮肤。根据穴位局部组织情况采用直刺或斜刺,决定进针深度。一般双侧足三里穴位各注射芬太尼稀释液 2 mL(芬太尼 0.1 mg 加入 0.9%氯化钠注射液 4 mL 共计 6 mL,用 5 mL 或 10 mL 一次性注射器接 6.5~7 号针头抽吸),双侧内关穴各注射上述药液 1 mL。注射时均采用泻法即针头刺入穴位得气,抽吸无血液回流后快速推药,每侧穴位推药时间不超过 30 s,然后拔出穿刺针,并以创可贴贴敷。对照组将芬太尼 1.0 mg,昂丹司琼 8 mg,用 0.9%氯化钠注射液稀释至 100 mL 注入镇痛泵。持续注药速度为 2.0 mL/h,镇痛时间 48 h。

1.4 观察指标 (1)镇痛效果。两组患者于术后 4、8、24、48 h 进行随访,采用视觉模拟评分(VAS)进行疼痛评估:0 分为无痛,10 分为剧痛,轻度疼痛 1~3 分,中度疼痛 4~7 分,重度疼痛 8~10 分。(2)舒适度效果。采用 BCS 评分(分 4 级):0 级为持续疼痛;1 级为安静时无痛,深呼吸或咳嗽时疼痛加重;2 级为平卧安静时无痛,深呼吸或咳嗽时轻微疼痛;3 级深呼吸也无痛;4 级咳嗽时也无痛。(3)不良反应:恶心、呕吐等。

1.5 统计学处理 计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示,组间及组内比较采用单因素方差分析,计数资料比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 VAS 评分比较 见表 1。观察组患者术后 8 h 和 24 h VAS 评分明显低于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组术后各时点 VAS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	4 h	8 h	24 h	48 h
观察组	30	1.6±0.7	1.6±1.1 [△]	1.9±1.2 [△]	1.4±0.6
对照组	30	1.3±0.6	3.5±1.6	3.8±2.0	1.5±0.5

与对照组比较, [△] $P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组患者 BCS 评分比较 见表 2。观察组患者术后 8 h 和 24 h BCS 评分明显低于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组术后各时点 BCS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	4 h	8 h	24 h	48 h
观察组	30	1.5±0.6	1.4±1.1 [△]	2.0±0.5 [△]	1.3±0.7
对照组	30	1.2±0.5	3.3±1.6	3.2±0.7	1.4±0.6

2.3 两组患者不良反应比较 见表 3。观察组患者术后恶心、呕吐等不良反应发生率明显低于对照组($P < 0.05$)。

表 3 两组不良反应情况比较 n(%)

组别	n	恶心	呕吐
观察组	30	2(6.67) [△]	2(6.67) [△]
对照组	30	5(16.67)	9(30.00)

3 讨论

剖宫产术后 48 h 疼痛较剧烈,常因手术的机械刺激和间歇性的子宫收缩所引起,从而使患者产生焦虑和恐惧,甚至会造成产褥期抑郁症,激发机体的应激反应导致各种炎性成分和致痛物质的释放,从而使患者对疼痛的敏感性增加。PCIA 或 PCEA 是剖宫产术后的常见镇痛方法,一是 PCIA 麻醉药使用剂量较大,恶

心、呕吐等不良反应相对较常见,二是 PCEA 硬膜外导管固定困难,不利于患者早期活动,并且很容易脱落,有时会引起硬膜外穿刺部位的感染^[1]。本研究采用药物穴位注射联合静脉镇痛用于剖宫产术后镇痛,既减少了麻醉药的用量和降低不良反应的发生率,又有利于患者早期活动,其机理一方面由于药物穴位注射后,在穴位处起到机械性强刺激及压迫作用,从而阻断了部分神经传导,同时促进体内 β -内啡肽升高而减痛,另一方面穴位注射小剂量的药物即可获得和大剂量肌肉注射相同效果,所以不仅能提高疗效,还能减少用药量,降低药物的不良反应^[2-3]。

本研究选取传统的内关、足三里作为穴位注射,内关为心包经之络穴,功能宁心安神,定惊镇痛;足三里为足阳明胃经之合穴,为临床治疗腹腔内疾病的要穴,注射产生镇吐效应,使呕吐的症状持续时间缩短^[4]。谢感共等提出“气血流注互助”理论,气血运动在足阳明胃经(足太阴脾经)与手厥阴心包经之间有直接(间接)相互灌注联系,故取内关针刺可疏通阳明、太阴经气,气行则血行,血行则痛止^[5]。

本研究结果显示,观察组患者剖宫术后镇痛各时点 VAS 评分、BCS 评分显著低于对照组,观察组术后恶心呕吐发生率明显低于对照组,观察组芬太尼的用量少于对照组。

综上所述,药物穴位注射不仅阻断了部分神经传导,还可能促进使患者体内阿片肽类物质释放,提高患者对疼痛的耐受力而达到镇痛,与静脉镇痛具有协同作用,同时又减少了麻醉药的用量,降低不良反应的发生率。因此穴位注射联合静脉镇痛是一种较为理想的镇痛方法,可以应用于剖宫产术后镇痛。但由于本研究的时间较短,未做到大样本、多中心的研究,有关穴位注射所起到的镇痛、镇吐以及穴位之间协同作用的可能机制,还有待于今后进一步研究。

参 考 文 献

- [1] 孙晓虹. 不同术后镇痛方式在初产妇剖宫产术后患者应用效果研究[J]. 中国实用医药, 2012, 7(11): 58.
- [2] 叶静君, 刘勇, 陈兵, 等. 改良截石位配合穴位注射减轻产痛缩短产程的影响[J]. 中华护理杂志, 2003, 38(4): 277-278.
- [3] 李锐, 阳仁达. 穴位注射的临床运用方法和效应特征[J]. 中医导报, 2007, 13(9): 96-99.
- [4] 黄华勇. 维生素 B1 足三里穴位注射治疗腹部手术后腹胀的疗效观察[J]. 医学信息, 2009, 22(10): 2180-2181.
- [5] 谢感共, 蒋垂刚, 徐信山. 子午对冲气血互注理论临床应用[J]. 中国针灸, 2005, 25(10): 709-710.

(收稿日期 2014-05-15)

肱骨大结节移位骨折 3 种内固定方法的对比分析

胡培植 苏方东[△]

(南京中医药大学附属太仓市中医医院, 江苏 太仓 215400)

中图分类号: R274.1 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0167-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.067

【摘要】目的 比较接骨板、空心螺钉及带线锚钉治疗肱骨大结节移位骨折的疗效和技术特点。**方法** 将 65 例肱骨大结节骨折患者随机分为 A、B、C 3 组, A 组(21 例)接骨板固定, B 组(22 例)空心螺钉固定, C 组(22 例)带线锚钉固定。**结果** 65 例患者均得到随访, 随访时间 3 个月到 3 年, 随访期内所有骨折均愈合, 根据肩关节 Neer 功能评分系统, A 组优良率为 85.71%; B 组优良率为 81.82%; C 组优良率为 90.91%。A 组平均手术时间 60 min, 并发症 3 例; B 组平均手术时间 40 min, 并发症 4 例; C 组平均手术时间 30 min, 并发症 0 例。**结论** 对于移位的肱骨大结节骨折, 以带线锚钉内固定, 具有手术时间短, 切口小, 出血少, 并发症少, 不需二次手术取出内固定, 术后肩关节功能优良率高等优点。

【关键词】 内固定方法 肱骨骨折 锚钉

肱骨大结节骨折较为常见, 多为急性肩关节脱位造成, 肩关节脱位合并肱骨大结节骨折约占 30%^[1]。肱骨大结节是肱骨近端重要组成部分。骨折后由于肩袖肌肉的作用, 大结节可出现明显的移位。对于肩关节脱位, 脱位复位后多数肱骨大结节骨折能获得满意复位, 此时以保守治疗为主。但对复位后大结节仍明显移位者或单纯肱骨大结节移位大于 5 mm, 骨折块可能导致肩峰撞击, 则需手术切开复位内固定治疗。笔者在分别应用接骨板、空心螺钉及带线锚钉治疗移位肱骨大结节骨折, 通过随访对手术疗效以及技术特点作对比和归纳分析, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2009 年 3 月至 2012 年 8 月我院骨科门诊收治的肱骨大结节移位骨折患者 65 例, 男性 43 例, 女性 22 例; 年龄 27~61 岁, 平均 45 岁。均为外伤所致, 外伤至手术时间为 24 h 至 4 d, 其中合并肩关节脱位 46 例, 关节脱位均在就诊时闭合手法复位, 复位后均行肩关节摄片, 明确关节已完全复位但大结节骨折移位仍明显。所选取患者外伤前肩关节功能良好, 外伤后或肩关节脱位复位后肱骨大结节骨折移位, 纵向移位 ≥ 1.0 cm 和(或)前后移位 ≥ 0.5 cm。患者随机分为 A、B、C 3 组, A 组 21 例包括肩关节脱位 15 例, B 组 22 例包括肩关节脱位 14 例, C 组 22 例包括肩关节脱位 17 例, 均在臂丛麻醉后行手术切开复位内固定治疗。两组患者临床资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 (1) A 组以肱骨解剖接骨板为内固定

物。臂丛麻醉成功后患者取平卧位, 患肩垫高, 取肩关节外侧斜行小切口约 4~5 cm。从三角肌间隙分离, 保护头静脉, 切断部分三角肌, 外展外旋上臂以显露大结节骨折块, 大结节骨块连同肩袖不可吸收缝线牵引复位, 克氏针临时固定后摄片。复位成功后外侧置肱骨近端解剖钢板, 上端包绕肱骨大结节以压住肱骨大结节, 接骨板最上端低于肱骨头最高平面 0.8 cm 分别以螺钉固定。C 臂机下透视复位良好, 活动关节无受限, 修复切断三角肌, 逐层缝合。术后第 2 日半坐位手托悬吊固定。1 周后进行主动小范围钟摆样运动, 3 周后进行外展屈曲活动。(2) B 组以空心螺钉为内固定物。臂丛神经阻滞麻醉后患者取沙滩椅位, 作肩关节前内侧切口约 3 cm, 逐层切开并钝性分离三角肌, 显露大结节, 清除断端积血及凝血块。骨折复位后用复位钳维持固定, 将骨折复位后视骨折块的大小置入导针 2~3 枚临时固定, 透视确定骨折块复位良好, 钻头与骨折线垂直钻孔并测深后选择合适长度的空心螺钉沿导针用配套的改锥完全拧入, 螺钉远端距关节软骨 0.5 cm 为宜, 检查复位满意, 螺钉及固定骨块均无松动, 被动活动肩关节以确认骨折端复位固定良好后修补骨折周围的软组织, 缝合切口。术后以手托悬吊固定患肢 2 周, 2 周后去除外固定行关节钟摆样活动及伸屈功能练习, 3 周行外展锻炼, 6 周后可大幅度作肩关节功能训练。(3) C 组以带线锚钉为固定物。患者取仰卧位, 伤肩垫高 30°, 将上臂充分外旋, 沿肩峰向下作一垂直切口长约 3 cm, 注意保护腋神经, 钝性劈开三角肌, 暴露大结节骨折部位后以复位钳夹持附着大结节上肌肉组织, 复位后于大结节移位反方向、距骨折线 1.0 cm 正常骨质处垂直皮质拧入带线锚钉 2~4 枚(单排或双排), 尾

[△]通信作者(电子邮箱: dongfangsfd@sina.com)

端完全没入骨内,再将所带缝线与大结节上附着肌肉腱性组织缝合,收紧,打结。术后 3 d 以三角巾患肢悬吊固定,3 d 后肿胀及疼痛缓解后即可逐步开始功能锻炼。

1.3 疗效标准 术后第 6 周开始每个月行影像学评估,肩关节功能按照 Neer 评分方法^[2]进行评估,Neer 评定标准总分为 100 分,包括疼痛 35 分、功能 30 分、运动限制 25 分及解剖复位 10 分,总评分 90 分以上为优,80~89 分为良,70~79 分为可,70 分以下为差。

2 结果

A、B、C 3 组平均手术时间分别为 1 h、40 min、30 min,平均出血分别为 100 mL、40 mL、40 mL,切口均一期愈合。本组 65 例全部获得随访,随访时间 3 个月至 3 年,平均 1.1 年。术后 A 组骨折平均愈合时间 12 周,3 例大结节出现复位轻度丢失,B 组骨折平均愈合时间 10 周,2 例发生大结节部分吸收,2 例发生轻度移位,C 组骨折愈合时间平均 9 周,未见明显骨吸收及移位。肩关节功能评分。A 组优 15 例,良 3 例,可 2 例,差 1 例,优良率为 85.71%;B 组优 14 例,良 4 例,可 2 例,差 2 例,优良率为 81.82%;C 组优 16 例,良 4 例,可 1 例,差 1 例,优良率为 90.91%。

3 讨论

肩关节是典型球窝关节,关节盂仅接触肱骨头的 1/3 左右,这种解剖的特点^[3]决定了在遭受外力后容易造成肩关节脱位。冈上肌、冈下肌、小圆肌集成的肌袖常由于剧烈收缩牵拉而发生肩关节脱位和(或)大结节撕脱性骨折。大结节骨折常伴肩袖损伤,肩袖对维持肩关节的稳定和功能都起着重要作用。肩关节的骨性结构很不稳定,再加上肩关节周围关节囊薄而松弛,关节韧带少而弱,肩关节的稳定性主要靠肩袖来承担^[4]。肩袖中的冈上肌对肱骨头起着向上稳定的作用,它与关节囊紧密结合构成肩袖最关键的部分,在上臂外展中起启动作用,并在上臂整个外旋及屈曲动作中协助三角肌发挥将肱骨头稳定在关节盂内的作用^[5]。冈下肌和小圆肌起着向后稳定的作用,并使肱骨外旋。因此,对于有移位的大结节骨折,必须行复位内固定。有学者指出肩关节对结节移位耐受较差,并主张对移位超过 5 mm 的即可采取手术治疗^[6]以减少功能障碍和并发症的二次打击。对于大结节骨折块移位 0.5 cm 以内者可行复位外展支架或三角巾悬吊固定,而对于纵向移位 ≥ 1.0 cm,前后移位 ≥ 0.5 cm 者,仍建议手术治疗,行手术切开复位骨折块并以坚强内固定,达到早期肩关节锻炼,恢复肩关节功能之目的。

肱骨大结节骨折的手术治疗,以往主要采用接骨板固定或空心钉固定。肱骨近端解剖型接骨板螺钉适用于骨块完整或相对粉碎者,其抗拉力大,固定确实可

靠,可早期行肩关节功能锻炼,但接骨板螺钉孔最近端距接骨板边缘较远,有时为了能更好包容大结节,接骨板需放置较高位置,术后易发生肩峰下撞击综合征^[7],接骨板放置靠内侧,有发生肱二头肌腱磨损断裂风险。手术时切口相对较大,对软组织剥离范围大,增加术中出血,延长手术时间,术后常伴患肩酸痛、关节功能差;空心螺钉具有创伤小,能较好保护软组织以及减少手术出血等优点,但空心螺钉仅能固定骨块相对完整且较大(直径大于 2 cm 以上者),且容易在拧入螺钉时炸裂骨块而失效,单枚螺钉抗拔出力低,一般需 2~3 枚才能达到牢固固定防旋转作用。对骨质疏松患者固定效果差,早期肩关节功能锻炼时易发生骨块再移位、内固定失效可能,术后需常规辅助外固定以及患肢制动,影响肩关节功能恢复。采用带线锚钉治疗肱骨大结节骨折,已有研究表明带线缝合锚钉较螺钉固定具有更强的力学强度^[8],锚钉材料为钛质,生物相容性好,无毒副作用,可长期留置于体内,避免二次手术给患者带来的痛苦。锚钉带螺纹设计,直径 5.5 mm,长度 1.0 cm,体积小,手术中可完全埋入骨质内,抗拔出力强。固定时依靠缝线缝合于大结节上附着腱性组织,不会对大结节骨块造成损伤,尤其适用于粉碎性骨折及骨质疏松性骨折。手术过程中,完全可在小切口下进行,对骨折端血供干扰小,利于骨折愈合,还能明显缩短手术时间,减少术中出血。术后能早期行肩关节功能锻炼,尽快促进肩关节功能恢复。术中有几点注意:(1)术中锚钉完全手动拧入,增强抗拔出并禁用钻头开孔;(2)术中注意勿损伤二头肌腱,以免引起术后疼痛及活动牵拉感;(3)锚钉垂直皮质置入,尾端完全拧入皮质内,以免与周围软组织发生摩擦。

通过对比 3 组病例中不同内固定物置入过程,固定方式,术后随访和影像学复查及功能恢复情况,可以看出,带线锚钉在治疗肱骨大结节骨折手术中,具有手术切口小,出血少,手术时间短,不需再次手术取出等优点,其固定坚强牢固,可在手术后早期开始肩关节功能锻炼,最大程度恢复肩关节功能,是一项值得推广的手术内固定方法。

参考文献

- [1] 常洪胜,常魏,吴志勇,等. 双侧髋关节后脱位双侧肩关节脱位并肱骨大结节撕脱骨折 1 例[J]. 中华外科杂志,2004,42(16):1024.
- [2] Neer. CS II Glenohumeral althoroplasty[M]. In Neer CS II ed.Shoulder reconstruction and Ed.philadelphia:WBSanders, 1990:328-329.
- [3] 彭俊良,陈戈. 肩关节脱位合并肱骨大结节骨折的临床治疗探讨[J]. 中华临床新医学,2003,3(2):124.
- [4] 李杰,韩大为. 肩关节脱位损伤机制与手法复位探讨[J]. 中国中医骨伤科杂志,2006,14(11):239.

- [5] 周红平,王惺惺,张怡云,等. 肩袖损伤的发病及其诊治[J]. 中医正骨,1998,5(10):15.
- [6] S.Terry Canale,James H.Beatty. Campbell's Operative Orthopaedics 王岩,译[M]. 北京:人民军医出版社,2009:2649.
- [7] Yang H,Li Z,Zhou F,et al. A prospective clinical study of proximal humerus fractures treated with a locking proximal humerus plate[J]. J Orthop Trauma,2011,25(1):11-17.
- [8] Lin CL,Hong CK,Jou IM,et al. Suture anchor versus screw fixation for greater tuberosity fractures of the humerus—a biomechanical study[J]. J Orthop Res,2011,12(3):78.

(收稿日期 2014-04-01)

中西医结合治疗急性重症胰腺炎临床观察

吴海棠

(海南省第二人民医院,海南 五指山 572200)

中图分类号:R576 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)01-0169-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.068

【摘要】目的 观察中西医结合治疗急性重症胰腺炎的临床疗效。**方法** 急性重症胰腺炎患者 60 例,随机分为治疗组和对照组,各 30 例。对照组按急性重症胰腺炎标准治疗,治疗组在对照组基础上给予柴芍承气汤,每日 2 次,疗程 15 d。比较两组的临床疗效、治疗前后淀粉酶、脂肪酶含量、改良 Marshall 评分、肠功能、胰腺 CT 及各脏器损伤。**结果** 治疗组总有效率 90.00%,高于对照组的 63.33%($P<0.05$);治疗后两组患者血清脂肪酶、淀粉酶明显低于治疗前($P<0.05$),组间比较,治疗组优于对照组($P<0.05$),治疗组改良 Marshall 评分明显低于对照组($P<0.05$);治疗组腹痛、腹胀症状改善程度明显优于对照组($P<0.05$);治疗组器官损伤情况明显少于对照组($P<0.05$);治疗组的 CTSI 评分明显低于对照组($P<0.05$)。**结论** 中西医结合治疗急性重症胰腺炎有确切疗效。

【关键词】 急性重症胰腺炎 中西医结合 疗效观察

急性重症胰腺炎具有发病急、进展快等特点,若不及时救治,可迅速发展为多器官功能衰竭综合征,危及生命。目前胰腺炎治疗的西医方面多是对症处理,而中药发挥越来越重要的作用。笔者采用柴芍承气汤联合西药治疗急性重症胰腺炎取得了较好的临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 急性重症胰腺炎参照《中国急性胰腺炎诊治指南(草案)》标准^[1]。排除标准:病情进展快,发病 48 h 内迅速进入多器官功能衰竭状态者;严重的胆源性胰腺炎者;严重器官功能不全如肝肾凝血等;恶性肿瘤者;血液病患者;年龄超过 65 岁或者不足 ≤ 18 岁者。

1.2 临床资料 病例来源于 2012 年 1 月至 2013 年 1 月海南省第二人民医院收治的急性重症胰腺炎患者共 60 例,随机分为治疗组和对照组各 30 例。其中治疗组男性 18 例,女性 12 例;平均年龄(40.81 ± 13.52)岁;发病至就诊时间(18.92 ± 7.94)h;APACHE II 评分(17.51 ± 4.61);高脂血症 14 例,酒精性 8 例,特发性 5 例,其他 3 例。对照组男性 17 例,女性 13 例;平均年龄(41.13 ± 13.32)岁;发病至就诊时间(19.62 ± 8.14)h;APACHE II 评分(18.14 ± 4.73);高脂血症 13 例,酒精性 7 例,特发性 6 例,其他 4 例。两组临床资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组按急性重症胰腺炎标准治疗,包括预防感染、胃肠减压、禁食、抑制胰酶分泌、补液、肠外营养、纠正水/电解质紊乱等^[1]。治疗组在上述治疗基础上,给予柴芍承气汤,由大黄 15 g,枳实 10 g,芒硝 10 g(后下),厚朴 15 g,赤芍 15 g,柴胡 15 g,半夏 10 g 组成,加水 800 mL,煎煮 2 次,合并制成 200 mL,分装,每日 1 剂,早晚各 1 次,鼻肠管注入。治疗周期 15 d。

1.4 观察指标 疗程结束后,比较两组治疗前后的血清淀粉酶、脂肪酶含量;比较两组患者治疗后的改良 Marshall 评分;记录两组患者的肠功能恢复情况;记录两组患者器官功能衰竭情况包括呼吸、循环、肾功能等;根据改良 CT 严重指数(CTSI)评分分析治疗后的胰腺情况^[1]。

1.5 疗效标准 显效:3 d 内腹痛消失,淀粉酶正常。有效:5 d 内腹痛消失,淀粉酶降至正常范围。无效:5 d 后腹痛未消失或进一步加重,淀粉酶超出正常^[3]。总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间采用 t 检验,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 见表 1。结果示治疗组

表 1 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	22	5	3	27(90.00) [△]
对照组	30	11	8	11	19(63.33)

与对照组比较, [△]P<0.05。下同。

总有效率优于对照组(P<0.05)。

2.2 两组患者治疗前后脂肪酶、淀粉酶及改良 Marshall 评分比较 见表 2。与治疗前比较, 治疗后两组脂肪酶、淀粉酶及改良 Marshall 评分明显下降(P<0.05); 治疗后组间比较, 治疗组脂肪酶、淀粉酶及改良 Marshall 评分改善情况优于对照组(P<0.05)。

表 2 两组患者血清学指标及 APACHE II 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	血脂肪酶(U/L)	血淀粉酶(U/L)	改良 Marshall 评分
治疗组 (n=30)	治疗前	2053.21±559.23	389.23±121.45	
	治疗后	87.87±25.43 [△]	56.41±15.16 [△]	0.06±0.02 [△]
对照组 (n=30)	治疗前	2121.49±564.28	395.19±134.29	
	治疗后	445.44±78.38 [*]	127.00±59.21 [*]	5.33±1.23

与本组治疗前比较, ^{*}P<0.05; 与对照组治疗后比较, [△]P<0.05。

2.3 两组患者治疗后器官功能状态比较 见表 3。与对照组比较, 治疗组腹痛、腹胀时间明显缩短(P<0.05); 治疗组在治疗过程中未发生呼吸、循环及肾功能衰竭状态, 两组患者在呼吸、循环、肾及肠功能方面比较差异显著, 治疗组优于对照组(P<0.05)。

表 3 两组患者治疗后器官功能状态比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	无腹痛 时间(d)	无腹胀 时间(d)	肠鸣音恢复 时间(d)	自主排便 时间(d)	呼吸 衰竭(n)	循环 衰竭(n)	肾功能 衰竭(n)
治疗组	30	2.6±1.4 [△]	3.8±1.8 [△]	3.9±1.5 [△]	5.5±2.5 [△]	0 [△]	0 [△]	0 [△]
对照组	30	6.6±2.5	8.8±3.4	9.2±3.8	9.8±3.2	6	6	5

2.4 两组患者治疗后腹部 CT 比较 对照组中 MCTSI≥4 分者 14 例, 治疗组为 3 例, 与对照组比较, 治疗组的 MCTSI 明显降低(P<0.05)。

3 讨论

胰腺自身消化、炎症介质大量释放、肠道菌群异位以及氧化应激等是目前急性胰腺炎的主要病理生理机制。发生肠源性脓毒症、甚至多器官功能衰竭是病情加重、引起患者死亡的重要原因之一。目前在急性胰腺炎早期并不主张手术治疗, 如何减低机体炎症反应、阻断炎症反应进一步扩大是治疗的关键。目前西医治疗手段包括降低机体炎症反应、抑制胰腺分泌、保护器官功

能等方面, 中医药在急性胰腺炎治疗上具有非常重要的作用。

尽管中医没有急性胰腺炎的病名, 但就其症状归为“腹痛”、“胁痛”、“黄疸”等范畴, 多因饮食、情志、劳倦等饮食导致气机不畅、瘀血内阻有关, 治疗上需要调畅气机、活血化瘀, 另外中医药治疗的优势在于“未病先防、既病防变”, 中医药在胃肠道功能保护方面优势明显。柴芍承气汤在大承气汤基础上加柴胡、白芍、黄芩组成, 大黄能荡涤积滞、芒硝清热泻下、枳实行气导滞、厚朴行气化湿除积, 加柴胡、黄芩和白芍行气、清热及缓急止痛。

有研究发现, 柴芍承气汤可逆转肠神经系统 NOS 神经元可塑性变化, 改善急性胰腺炎大鼠肠动力, 同时减轻胰腺病理损伤^[3]; 能明显降低急性胰腺炎患者的 IL-6、IL-15 和 MIF 等血清炎症介质水平^[4]; 还能减轻急性胰腺炎大鼠胰腺、肠道的病理损害, 能抑制胰腺炎是早期大鼠肠黏膜上皮细胞凋亡, 能起到保护肠黏膜屏障的作用^[5]。白芍能抑制淀粉酶分泌, 还具有解痉镇痛作用^[6]; 黄芩通过抑制巯基酶减少炎症介质释放^[7]。大黄在抗炎、保护胃黏膜等方面作用明确^[8]。我们的研究结果显示, 治疗组总有效率明显高于对照组。治疗后治疗组患者血清脂肪酶、淀粉酶、Marshall 评分明显低于对照组。治疗组治疗后的腹痛、腹胀症状改善明显, 器官损伤情况明显低于对照组, 治疗组的 CTSI 评分明显低于对照组。可见, 柴芍承气汤联合西药治疗急性重症胰腺炎有确切疗效。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会消化病分会胰腺疾病学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(草案)[J]. 中华消化杂志, 2004, 24(3): 190.
- [2] 胡琼花, 林中, 刘颖, 等. 柴芍承气汤对重症急性胰腺炎大鼠肠道肌间神经丛 NOS 神经元的影响[J]. 西安交通大学学报: 医学版, 2010, 31(2): 246-251.
- [3] 凌颖, 陈劲松, 曹丽鹏, 等. 柴芍承气汤对重症急性胰腺炎患者炎症介质的影响[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2013, 20(3): 138-141.
- [4] 黄昊, 吴小翎. 柴芍承气汤对大鼠重症胰腺炎肠道屏障功能的影响[J]. 疑难病杂志, 2008, 7(10): 588-591.
- [5] 徐晓玉. 中药药理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 52.
- [6] 颜延华. 中药学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 247.
- [7] 齐文杰, 张淑文, 王红, 等. 大黄素对重症急性胰腺炎大鼠小肠水通道蛋白 3 表达的调节作用[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2010, 17(4): 214-217.

(收稿日期 2014-07-10)

参附注射液对慢性心力衰竭患者心功能及 N 端 B 型脑钠肽前体的影响

关良劲[△] 李雅茜 钟汉林 苏梦达 曾钰莲

(广东省广州市天河区中医医院, 广东 广州 510655)

中图分类号: R541.6¹ 文献标志码: A 文章编号: 1004-745X(2015)01-0171-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.069

【摘要】目的 探讨参附注射液对心力衰竭患者心功能参数和血 N 端 B 型脑钠肽前体(NT-proBNP)水平的影响及临床意义。**方法** 90 例患者随机分成治疗组 48 例和对照组 42 例。对照组予常规治疗, 治疗组在对照组基础上加用参附注射液进行治疗。在治疗前后(1 个疗程)检测两组患者的常用心功能参数和血 NT-proBNP 水平和治疗有效率, 进行比较和分析。**结果** 两组治疗后左室收缩末期内径(LVESD)、左室舒张末期内径(LVEDD)、左室射血分数(LVEF)和血 NT-proBNP 水平与治疗前比较均有改善($P < 0.05$), 且治疗组 LVESD、LVEF 和血 NT-proBNP 水平改善优于对照组($P < 0.05$)。治疗组的总有效率 91.67% 高于对照组的 76.19%($P < 0.05$)。**结论** 参附注射液能改善慢性心力衰竭患者的心功能。

【关键词】 心力衰竭 参附注射液 N 端 B 型脑钠肽前体

慢性心力衰竭(CHF)是多种心血管疾病最终发生的一组临床综合征, 是各种心血管疾病的终末阶段, 也是主要死亡原因, 严重危害人类的生命安全, 其 5 年生存率与恶性肿瘤相近^[1]。近年来研究充分显示中药治疗慢性心力衰竭能减少心肌耗氧量, 改善心脏收缩功能, 提高患者的运动能力和生活质量。在西医常规治疗基础上, 加用参附注射液进行治疗, 测定其心功能参数与血 N 端 B 型脑钠肽前体(NT-proBNP)水平变化情况, 评价参附注射液治疗心衰的临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所有病例符合诊断标准, 并排除严重心律失常、肝肾功能不全、急性心肌梗死、肺栓塞、心包填塞、甲状腺功能亢进等。

1.2 临床资料 选取自 2011 年 3 月至 2013 年 10 月广东省广州市天河区中医医院内科住院治疗的心力衰竭患者 90 例, 随机分为治疗组和对照组。治疗组 48 例, 男性 27 例, 女性 21 例; 年龄 46~89 岁, 平均(69.10±12.10)岁; 基础心脏病为高血压性心脏病 14 例, 冠心病 16 例, 高血压合并心脏病 11 例, 风湿性心脏病 3 例, 心肌病 4 例; 心功能Ⅳ级 7 例, Ⅲ级 30 例, Ⅱ级 11 例。对照组 42 例, 其中男性 22 例, 女性 20 例; 年龄 34~90 岁, 平均(70.50±18.10)岁; 基础心脏病为高血压性心脏病 12 例, 冠心病 16 例, 高血压合并心脏病 9 例, 风湿性心脏病 2 例, 心肌病 3 例; 心功能Ⅳ级 5 例, Ⅲ级 29 例, Ⅱ级 8 例。两组在性别、年龄、心功能分级等因素比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予西医常规治疗, 包括利尿剂、 β 受体阻滞剂、血管紧张素受体拮抗剂、血管紧张素转化酶抑制剂、洋地黄类药物、吸氧等。治疗组在对照组基础上给予参附注射液(华润三九医药股份有限公司生产)50 mL 微量泵推注或用 5% 葡萄糖注射液稀释缓慢滴注, 每日 1 次, 两周为 1 个疗程。

1.4 观察指标 在治疗前后检测两组患者的心功能参数和床旁血 NT-proBNP 水平, 进行比较分析。(1)心功能参数: 使用彩色多普勒超声心动图检测仪(荷兰飞利浦 IU22)进行检查测定左室舒张末期内径(LVEDD)、左室收缩末期内径(LVESD)和左室射血分数(LVEF), 各指标测量 3 次, 每次测量 5 个心动周期, 取均值。(2)血 NT-proBNP 测定: 抽取患者静脉血 1 mL, 即行床旁快速检测仪检测, 采用北京热景生物技术有限公司上传发光免疫分析仪 VA2.0 检测。(3)不良反应情况: 治疗过程中注意观察药物不良反应, 检测肝肾功能, 以免肾功能不全影响 NT-proBNP 检测结果。

1.5 疗效标准 按照 1993 年国家卫生部药政局颁布的《CHF 临床研究指导原则》评定, 显效: 心功能恢复为Ⅰ级或心功能改善 2 级。有效: 心功能改善 1 级。无效: 心功能无变化或恶化。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。结果示, 治疗组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。

2.2 两组心脏超声心动图各参数和床旁血 NT-proBNP 比较 见表 2。两组治疗后心脏功能均较治疗前提

[△]通信作者(电子邮箱: drguanliangjing@126.com)

表 1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	48	19	25	4	44(91.67) [△]
对照组	42	13	19	10	32(76.19)

与对照组比较, [△]P<0.05。下同。

高(P<0.05),且治疗组较对照组 LVESD 和 LVEF 改善更明显(P<0.05)。两组治疗后血 NT-proBNP 水平较治疗前明显降低(P<0.01),且治疗组降低更为明显(P<0.05)。

表 2 两组心脏超声心动图参数与 NT-proBNP 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	LVEDD(mm)	LVESD(mm)	LVEF(%)	NT-proBNP(pg/mL)
治疗组	治疗前	61.85±9.62	49.82±6.54	41.82±5.72	1856.5±572.6
(n=48)	治疗后	60.09±8.58*	45.12±4.58** [△]	54.23±8.72** [△]	449.5±189.2** [△]
对照组	治疗前	61.65±7.81	50.02±8.12	42.01±6.81	1849.2±591.7
(n=42)	治疗后	61.50±8.12*	47.98±7.21*	48.34±5.12*	712.6±312.7**

与本组治疗前比较, *P<0.05, **P<0.01; 与对照组治疗后比较, [△]P<0.05。下同。

2.3 不良反应情况 两组在治疗过程中均未出现产生过敏和不良反应,未发现明显的肝肾功能损伤以及造血功能的变化。

3 讨论

CHF 是各种心血管疾病的终末阶段,临床以心脏排血功能受损引起全身组织脏器灌注不全和循环瘀血为特征,预后极差,目前仍是内科领域一大难题,提高 CHF 的治疗效果,减少不良反应的发生成为医学界面临的新问题。近年来中药配合常规西药在治疗 CHF 方面取得了较好的疗效,研究表明,中药不但可以缓解临床症状,减少不良反应的发生,还能提高生存率和生活质量。心衰可归属中医学“心悸”、“胸痹”、“喘证”、“水肿”等范畴,基本病机是本虚标实,本虚是以心气、心阳亏损为主,标实主要是血瘀和水饮,气虚致血瘀致水饮,为其病机演变规律,也符合现代医学心衰病理血流动力学障碍。参附注射液具有益气固脱、回阳救逆之功,现代药理研究表明其主要成分是人参多苷和乌头类生物碱。人参多苷能提高心肌代谢,增强心肌能量储备,提高机体耐缺氧能力,增强心肌收缩力,提高血浆环磷酸腺苷水平,抑制血小板聚集。郑世营等探讨了参附注射液对培养白鼠心肌细胞缺氧及缺氧/复氧时凋亡相关基因 Fas/FasL 蛋白表达的影响,结果表明参附注射液能下调 Fas/FasL^[2]。近年研究发现人参多苷尚具有抑制心肌肥厚、抑制血管内皮细胞凋亡及舒张血管作用^[3]。附子主要成分是乌头碱,其对 α 及 β 受体均有激动作用,对血压有双向调节作用,并能提高窦房结自律性,改善房室传导,提高心脏泵血功能,稳定心肌细胞,抗心律失常作用^[4]。附子尚可激动超氧化物歧

化酶(SOD),清除氧自由基,减轻心肌细胞膜脂质过氧化程度,保护心肌细胞^[5]。人参附子同用有协同作用。

LVEF 对各种变力性因素均有高度敏感,反应心肌的收缩功能,是评价心肌收缩功能状态的最常用指标,但在心衰早期诊断中,学者认为 NT-proBNP 可以作为判断心衰患者预后的指标^[6]。NT-proBNP 主要由左室分泌,主要储存心室肌细胞,其分泌呈随心室充盈高低而变化,是反映左心室功能的敏感指标之一。NT-proBNP 和 BNP 同属利钠肽家族,但是生物学效应和临床意义不完全相同,心肌细胞受刺激后,产生含 134 个氨基酸的 B 型利钠肽原前体,随后形成含 108 个氨基酸的 BNP 前体,后者在内切酶的作用下裂解为含有 32 个氨基酸的有活性的 BNP 前体,BNP 的清除主要通过 BNP 清除受体结合,而 NT-proBNP 主要由肾小球滤过,BNP 体外稳定性差,而 NT-proBNP 半衰期长,体外稳定性强,在心衰患者血液中的浓度较 BNP 高,在采用基因重组抗体产生的重组人 B 型利钠肽(rhBNP)进行治疗时,测 NT-proBNP 不受干扰,有学者认为 NT-proBNP 比 BNP 更能反映心脏功能受损情况^[7]。我国 2007 年《慢性心力衰竭诊断治疗指南》也推荐将 NT-proBNP 用于心力衰竭的诊断和预后判断^[8]。

本研究在常规抗心衰治疗基础上加用参附注射液,显示治疗后 LVEF 升高、LVESD 缩小、总有效率均较常规对照组更为显著,说明参附注射液能显著改善心功能,尤其是收缩功能。研究尚显示,心衰患者血 NT-proBNP 浓度与 LVEF 呈负相关性,NT-proBNP 与 NYHA 分级呈正相关性,与有关报道相一致^[9-10],表明血 NT-proBNP 可能是反映左室功能不全的客观指标,其水平可有效地反应心功能状态和心脏的结构重塑^[11],这表明参附注射液组能更有效地改善心衰患者心功能状况,减缓心脏结构重塑。

参考文献

- [1] NT-proBNP 临床应用中国专家共识小组. NT-proBNP 临床应用中国专家共识[J]. 中国心血管病研究, 2011, 9(6): 401-408.
- [2] 郑世营, 张晓鹰, 李虹, 等. 参附注射液对心肌细胞缺氧及缺氧/复氧时 Fas/FasL 表达的影响[J]. 中国急救医学, 2005, 25(12): 893-895.
- [3] 赵文莉. 人参皂苷的药理及毒理作用研究进展[J]. 国外医学: 卫生学分册, 2008, 35(3): 165-169.
- [4] 罗学科. 参附注射液药理作用研究[J]. 临床和实验医学杂志, 2007, 10(9): 36-37.
- [5] 张武新, 潘港. 参麦注射液、参附注射液治疗充血性心力衰竭临床疗效[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 21(5): 386-387.
- [6] Amodio G, Antonelli G, Diserio F. Cardiac biomarkers in acute coronary syndrome: a review[J]. J Curr Vasc Pharmacol, 2010, 8(3): 388-393.

- [7] Yoshihiko S, Akioo D, Teruyoy H, et al. Application of NT-proBNP and BNP measurement in cardiac care: a more discerning marker for the detection and evaluation of heart failure[J]. The European Journal of Heart Failure, 2004, 62(6): 295.
- [8] 2007 年中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志统编委员会. 慢性心力衰竭诊断治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(12): 495-497.
- [9] 赵昕, 王萌. N 端脑钠肽前体对心力衰竭诊断价值的研究[J]. 中国老年学杂志, 2007, 27(7): 1287-1289.
- [10] 王玲, 孙品. NT-proBNP 在不同 NYHA 分组中的意义[J]. 医学综述, 2012, 18(14): 2274-2275.
- [11] 邓永诚, 董丽军. 参附注射液对心力衰竭患者心功能及血浆脑钠肽水平的影响[J]. 中华危重症医学杂志, 2010, 3(5): 17-19.

(收稿日期 2014-09-26)

中西医结合治疗自身免疫性肝炎的临床观察

朱常江¹ 吴镇印¹ 叶映月²

(1. 浙江省文成县人民医院, 浙江 文成 325300; 2. 温州医科大学附属第二医院, 浙江 温州 325000)

中图分类号: R575.1 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0173-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.070

【摘要】目的 观察中医辨证治疗自身免疫性肝炎的临床疗效及对患者肝功能、血清免疫球蛋白的影响研究。**方法** 将 68 例自身免疫性肝炎患者, 随机分为观察组和对照组各 34 例, 对照组给予甘草酸二铵胶囊口服, 观察组给予中医辨证治疗, 两组疗程均为 3 个月。**结果** 观察组患者治疗总有效率为 82.35%, 明显高于对照组的 58.82% ($P < 0.05$); 治疗前两组患者各肝功能指标 (ALT、AST、TBIL、GGT、GLB) 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗后两组各肝功能指标均较治疗前显著降低 ($P < 0.05$), 观察组较对照组显著降低 ($P < 0.05$); 治疗前两组患者 IgG、IgM 以及 IgA 均无显著差异 ($P > 0.05$), 治疗后两组患者 IgM、IgA 与治疗前比较均无显著差异 ($P > 0.05$), 治疗后两组患者 IgG 较治疗前显著降低 ($P < 0.05$), 观察组患者 IgG 显著低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 中医辨证治疗自身免疫性肝炎能够显著提高临床疗效, 改善患者肝功能, 降低血清免疫球蛋白水平, 且无明显不良反应, 治疗安全、可靠。

【关键词】 中医辨证 自身免疫性肝炎 肝功能 免疫球蛋白

自身免疫性肝炎 (AIH) 是一种世界范围内难以治疗的肝病, 随着现代临床经验的不断积累, AIH 的检出率逐年增高^[1]。若 AIH 不采取有效的治疗措施, 将发展而成为肝硬化, 甚至最终导致肝脏失去代偿、肝衰竭甚至患者发生死亡或者需要进行肝脏移植。大量相关研究报道均认为免疫抑制剂是治疗该病的首选药物, 多数患者对于免疫抑制剂的治疗反应较为良好, 但是仍有一部分患者对于免疫抑制剂的治疗无效^[2]。本研究探讨中医辨证治疗 AIH 的临床疗效及对患者肝功能、血清免疫球蛋白的影响, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例临床诊断均符合《2010 年美国肝病学会自身免疫性肝炎诊治指南》^[3] 相关诊断标准进行。入组标准: (1) 符合上述诊断标准的患者; (2) 患者年龄在 20~70 岁之间; (3) 患者自愿签署知情同意书, 愿意配合研究。排除标准: (1) 妊娠期以及哺乳期妇女; (2) 过敏体质或者对多种药物有过敏反应的患者; (3) 合并有严重的心、肾、肺以及造血系统严重疾病或者精神疾病的患者; (4) 近 3 个月内应用糖皮质激素

对免疫功能造成影响的患者; (5) 有其他可能影响肝功能疾病的患者; (6) 服药依从性差的患者。

1.2 临床资料 选取 2013 年 6 月至 2014 年 6 月浙江省文成县人民医院收治的 AIH 患者 68 例, 其中男性 14 例, 女性 54 例; 年龄 20~70 岁; 平均年龄 (53.29 ± 8.20) 岁; 中医辨证属于肝郁脾虚型患者 26 例, 气滞血瘀型患者 16 例, 肝肾阴虚型患者 15 例, 湿热蕴结型患者 11 例。按照随机数字表法将患者随机分为观察组和对照组各 34 例。两组患者临床资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组给予患者口服甘草酸二铵胶囊 (苏州二叶制药有限公司, H20093489, 规格: 50 mg), 每次 150 mg, 每日 3 次; 对于胆红素升高的患者给予茵栀黄颗粒 (鲁南厚普制药有限公司, Z20030028, 规格: 3 g/袋), 每次 2 袋, 每日 3 次。治疗 1 个月作为 1 个疗程, 连续治疗 3 个疗程。观察组给予中医辨证治疗: (1) 肝郁脾虚: 患者胁肋胀痛, 急躁易怒、面色无华、乏力嗜睡、纳差、便溏不爽或者腹痛欲泻泻后痛减、舌淡苔白或腻、脉弦或细; 药物组成: 山药 20 g, 柴胡 15 g, 茯苓 15 g, 当归 10 g, 扁豆 10 g, 郁金 10 g, 白芍 10 g,

五味子 10 g, 茵陈蒿 10 g, 防风 10 g, 白术 10 g, 甘草 6 g。(2)气滞血瘀:患者胸胁脘腹胀闷窜痛、痛有定处拒按、患者急躁易怒、情志抑郁、舌紫或者有斑点、脉弦涩;药物组成:柴胡 15 g, 香附 10 g, 枳实 10 g, 川芎 10 g, 丹参 10 g, 赤芍 10 g, 白芍 10 g, 五味子 10 g, 茵陈蒿 10 g, 陈皮 6 g, 防风 6 g。(3)肝肾阴虚:患者胁肋灼痛、头晕目眩、劳累加重、耳鸣健忘、腰酸腿软或者腰痛、口眼干涩、五心烦热、耳鸣、头昏、小便短赤、大便干结、舌红少苔、脉细数;药物组成:麦冬 10 g, 生地黄 10 g, 沙参 10 g, 白芍 10 g, 川楝子 10 g, 当归 10 g, 枸杞 10 g, 郁金 10 g, 茵陈蒿 10 g, 防风 10 g, 五味子 10 g, 甘草 6 g。(4)湿热蕴结:患者身目黄染、右胁胀闷、食少纳呆、口渴少饮、大便溏而不爽、身热不扬、头身困重、小便赤黄、舌红苔黄腻、脉滑数或者弦数;药物组成:薏苡仁 30 g, 茵陈蒿 30 g, 山药 20 g, 五味子 10 g, 白术 10 g, 炒山栀 10 g, 黄芩 10 g, 白芍 10 g, 防风 10 g, 柴胡 10 g, 大黄 8 g, 甘草 6 g。

1.4 观察指标 观察治疗后两组患者的临床症状以及体征变化情况。该研究实验室指标由浙江省文成县人民医院检验科完成,采用贝克曼库尔特 AU5800 全自动生化分析仪,抽取患者清晨空腹静脉血,并于当日完成检测。治疗前、治疗结束后分别检测患者肝功能指标、血清免疫球蛋白指标。同时在治疗前、治疗结束后均进行血、尿、大便常规、肝肾功能以及电解质检测以进行安全性评价,并记录不良反应发生情况。

1.5 疗效标准 参照《2010 年美国肝病学会自身免疫性肝炎诊治指南》^[3]拟定相关疗效评价标准:显效:患者临床症状、体征均有明显的改善,患者治疗后肝功能检查较治疗前改善在 50%以上,患者血清免疫球蛋白较治疗前比较改善在 50%以上。有效:患者临床症状、体征均有所好转,肝患者治疗后功能检查较治疗前改善在 30%~50%之间,患者血清免疫球蛋白较治疗前改善在 30%~50%之间。无效:患者临床症状、体征无好转甚至加重,患者肝功能无下降甚至升高,患者血清免疫球蛋白并没有下降。治疗总有效率=显效率+有效率。

1.6 统计学处理 应用 SPSS17.0 统计分析软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,并对数据采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后临床疗效比较 见表 1。结果显示观察组患者治疗总有效率为 82.35%,明显高于对照组的 58.82%($P < 0.05$)。

2.2 两组患者治疗前后肝功能改善情况比较 见表 2。结果显示治疗前两组患者各肝功能指标(ALT、AST、TBIL、GGT、GLB)差异均无统计学意义($P > 0.05$),治疗后两组各肝功能指标均较治疗前显著降低($P < 0.05$),

表 1 两组患者临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	34	18	10	6	82.35 [△]
对照组	34	9	11	14	58.82

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

表 2 两组患者治疗前后肝功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	ALT(U/L)	AST(U/L)	TBIL(mmol/L)	GGT(U/L)	GLB(g/L)
观察组 ($n=34$)	治疗前	158.37 $\pm$ 32.37	128.48 $\pm$ 28.53	56.37 $\pm$ 15.29	203.48 $\pm$ 30.48	45.98 $\pm$ 5.21
	治疗后	36.81 $\pm$ 23.64 [△]	42.17 $\pm$ 20.83 [△]	19.63 $\pm$ 12.41 [△]	67.29 $\pm$ 28.75 [△]	25.97 $\pm$ 4.84 [△]
对照组 ($n=34$)	治疗前	156.72 $\pm$ 35.61	125.27 $\pm$ 26.44	57.28 $\pm$ 13.54	199.85 $\pm$ 32.73	44.83 $\pm$ 6.15
	治疗后	53.59 $\pm$ 27.35 [*]	75.65 $\pm$ 19.95 [*]	28.68 $\pm$ 15.30 [*]	86.32 $\pm$ 30.98 [*]	37.86 $\pm$ 5.74 [*]

与本组治疗前比较, $^*P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

观察组较对照组显著降低($P < 0.05$)。

2.3 两组患者治疗前后血清免疫球蛋白比较 见表 3。结果显示治疗前两组患者 IgG、IgM 以及 IgA 均无差异($P > 0.05$),治疗后两组患者 IgM、IgA 与治疗前比较均无差异($P > 0.05$),治疗后两组患者 IgG 较治疗前显著降低($P < 0.05$),治疗后观察组患者 IgG 显著低于对照组($P < 0.05$)。

表 3 两组患者治疗前后血清免疫球蛋白比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	IgG	IgM	IgA
观察组 ($n=34$)	治疗前	19.46 $\pm$ 3.17	3.01 $\pm$ 1.78	3.54 $\pm$ 1.43
	治疗后	13.29 $\pm$ 2.64 [△]	2.68 $\pm$ 1.62	3.46 $\pm$ 1.33
对照组 ($n=34$)	治疗前	18.95 $\pm$ 3.08	3.03 $\pm$ 1.81	3.51 $\pm$ 1.51
	治疗后	15.21 $\pm$ 2.52 [*]	2.83 $\pm$ 1.67	3.62 $\pm$ 1.54

2.4 安全性评价 治疗前后两组患者 3 大常规、肾功能、电解质均无异常,且均未出现药物相关不良反应。

3 讨论

AIH 是一类以自身免疫反应为基础、肝脏实质受累积、持续存在的自身肝脏炎症,其临床特征为不同程度血清转氨酶升高、高血清自身抗体以及波动性黄疸作为临床特征的一种肝脏炎症性病变^[4]。该病多见于女性当中,且在任何年龄阶段均可发生。对于自身免疫性肝炎的发病机制至今尚未清楚,目前一般认为多种病因诱导发生,包括细菌、病毒以及化学物质的诱发,而遗传是发生自身免疫性肝炎的重要因素,同时细胞免疫反应以及体液免疫反应均参与该病的发生发展当中,而机体免疫功能调节的缺陷常常是导致自身免疫性肝炎发生的基本原因^[5]。目前对于自身免疫性肝炎的治疗一般采用免疫抑制剂治疗,然后对于免疫抑制剂治疗无效或者无法耐受的患者,由于疾病进展至终末期肝病则需要进行肝脏移植,因此对于 AIH 的治疗一直是临床中的难点^[6]。

AIH 在中医属于“黄疸”、“胁痛”、“水肿”、“臌胀”

等范畴。肝病日久,导致肝主疏泄的功能减退,则发生肝郁气滞,肝横克脾土则可发生时肝郁脾虚;机体气机阻滞,到时血液运行不畅,脉络瘀阻;或者由于脾虚生湿,湿邪内蕴而化热从而发生肝胆湿热,而肝肾同源,肝病日久可及肾,又可导致肝肾阴虚。因此在治疗当中应以疏肝健脾为基本治疗原则,并根据不同的证型而配合养阴柔肝、疏肝解郁、活血行瘀以及清热利湿等方法。

由于 AIH 实验室检测指标以生化指标以及自身抗体检查为主,因此本研究选取肝功能检测以及血清免疫球蛋白检测进行治疗前后比较,结果显示,观察组患者治疗总有效率为 82.35%、对照组治疗总有效率为 58.82%;治疗后观察组各肝功能指标(ALT、AST、TBIL、GGT、GLB)改善情况均显著优于对照组;治疗后观察组 IgG 改善情况显著优于对照组。提示中医辨证治疗 AIH 能够显著提高临床疗效,改善患者肝功能,降低血清免疫球蛋白水平,且无明显不良反应,治疗安

全、可靠,值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] 谭立明,张玉红,陈冬莲,等. 抗髓过氧化物酶及乳铁蛋白抗体对自身免疫性肝炎检测的临床研究[J]. 中国免疫学杂志,2013,29(8):839-843.
- [2] 孙艳玲,赵景民,孟欣,等. 自身免疫性肝炎与原发胆汁性肝硬化重叠综合征的临床与病理学研究[J]. 解放军医学杂志,2006,31(7):662-665.
- [3] 张玉波,段维佳,贾继东,等. 2010 年美国肝病学会自身免疫性肝炎诊治指南要点[J]. 肝脏,2010,15(5):367-368.
- [4] 张向群,刘畅,黄源,等. 自身免疫性肝炎 59 例临床分析[J]. 重庆医学,2011,40(26):2673-2674.
- [5] 孙继红,徐芸,汪群英,等. 自身免疫性肝炎和原发性胆汁性肝硬化患者 Fas-670 基因多态性检测[J]. 郑州大学学报:医学版,2009,44(1):78-81.
- [6] 李海文,张政,徐向升,等. 自身免疫性肝炎的免疫学致病机制和免疫干预研究进展[J]. 中华肝脏病杂志,2010,18(12):958-960.

(收稿日期 2014-05-06)

颈宁方治疗颈源性眩晕临床观察

张晓辉 阚文军 张桂艳

(河北省青龙满族自治县中医院,河北 青龙 066599)

中图分类号:R255.3 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2015)01-0175-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.071

【摘要】目的 观察中药颈宁方治疗颈源性眩晕的临床疗效。**方法** 将 200 例患者随机分为治疗组和对照组,对照组给予常规治疗,治疗组在常规治疗基础上给予中药颈宁方口服,两组均观察 1 个月,观察症状缓解情况。**结果** 治疗组总有效率 92.00%,高于对照组总有效率 83.00%($P < 0.05$)。服药后治疗组头晕目眩消失或减轻,心率、血压等基本恢复正常,见效快,疗程短,优于对照组($P < 0.05$)。**结论** 中药颈宁方治疗颈源性眩晕有较好疗效。

【关键词】 颈源性眩晕 颈宁方

颈源性眩晕是由于颈椎增生,椎间盘突出、变性、椎间孔狭窄后,刺激或压迫椎动脉,使其出现痉挛、阻塞,致患者感觉周围物体或自身在旋转、移动或摇晃,常伴有恶心、呕吐、平衡失调、眼球震颤、面色苍白、出汗及心率和血压的改变。其发病与头颈转动密切相关。临床上治疗多以休息、颈椎牵引、颈托固定,解除血管痉挛药物等治疗,但见效慢、疗程长,复发率高。笔者在常规治疗基础上,加服自拟颈宁方治疗本病,取得显著疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取本院门诊及住院颈源性眩晕患者 200 例,均符合《中医病证诊断疗效标准》之眩晕诊断标准^[1]。按照随机数字表法随机分为两组。治疗组

100 例,年龄 46~86 岁,平均 65.80 岁;男性 52 例,女性 48 例,病程 1 d 至 8 年。中医证候分类:肝肾阴虚 36 例;痰浊上蒙 28 例;风阳上扰 21 例;气血亏虚 15 例。对照组 100 例,年龄 40~88 岁,平均 68.6 岁;男性 56 例,女性 44 例,病程 1 d 至 7 年。两组资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组采用常规治疗。卧床休息,在热疗、电疗、超声治疗、颈牵引基础上,给予扩血管药物:口服盐酸氟桂利嗪 10 mg,每日 1 次,睡前服;静脉输注盐酸川芎嗪注射液 80 mg,每日 1 次。治疗组在常规治疗基础上加服颈宁方:鸡血藤 12 g,骨碎补 9 g,熟地黄 20 g,淫羊藿 15 g,鹿角胶 6 g(烊化),肉苁蓉 9 g,莱菔子 6 g,地龙 30 g,白芍 10 g,甘草 6 g,杞子 12 g,菊花 12 g,淮山药 15 g,白芷 10 g,葛根 20 g。水煎服,

每日 1 剂。随证加减:风阳上扰加天麻(先煎)、钩藤、栀子;痰浊上蒙加半夏、白术、天麻(先煎);气血亏虚加白术、茯苓、黄芪;肝肾阴虚加山茱萸肉、杜仲。治疗 1 个月,观察症状、体征缓解情况。

1.3 疗效标准 治愈:头晕目眩消失,无视物旋转,无恶心、呕吐,无耳鸣、耳聋及出汗,查体心率、血压恢复正常,无眼球震颤及面色苍白。经颅多普勒示椎动脉痉挛消失。好转:头晕目眩、视物旋转减轻,无恶心、呕吐,偶有耳鸣、耳聋及出汗,查体心率、血压基本恢复正常,面色苍白减轻。经颅多普勒示椎动脉痉挛好转。未愈:头晕目眩,视物旋转,恶心、呕吐,耳鸣、耳聋及出汗无好转或加重,查体心率、血压未恢复,出现眼球震颤及面色苍白。经颅多普勒示椎动脉痉挛。

1.4 统计学处理 采用 t 检验和 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 见表 1。结果示治疗组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组疗效比较(n)

组别	n	治愈	好转	未愈	总有效(%)
治疗组	100	72	20	8	92(92.00) [△]
对照组	100	52	31	17	83(83.00)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组伴随症状、体征缓解情况 见表 2。服药后治疗组恶心、呕吐、耳鸣、耳聋及出汗等伴随症状消失或明显减轻,发作间隔时间延长,心率、血压基本恢复正常,眼球震颤、面色苍白消失或好转,优于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组伴随症状、体征缓解情况比较(n)

组别	n	恶心 呕吐	眼球 震颤	面色 苍白	耳鸣 耳聋	出汗	心率和 血压改变
治疗组	治愈 48	40	45	39	31	26	56
	好转	6	4	3	10	5	1
	未愈	2	2	2	8	2	1
对照组	治愈 49	38	46	36	32	22	48
	好转	6	5	5	14	6	2
	未愈	5	5	5	5	4	2

2.3 两组用药症状、体征缓解时间 见表 3。结果示服药后治疗组头晕目眩消失或减轻,心率、血压等基本恢复正常,见效快,疗程短,优于对照组($P < 0.05$)。

表 3 两组用药症状、体征缓解时间情况(n)

组别	第 1 日	第 2 日	第 3 日	第 4~7 日	第 8~14 日	第 15~21 日	第 22~30 日
治疗组	3	10	18	30	26	3	2
对照组	2	9	11	24	18	14	5

表 4 两组停药后复发情况(n)

组别	第 1 月	第 2 月	第 3 月	第 4~6 月	第 7~12 月	第 13~18 月	复发(%)
治疗组	0	1	3	6	11	12	33(35.87) [△]
对照组	2	2	6	10	19	20	59(71.08)

与对照组比较, $^{\Delta}P < 0.01$ 。

2.4 两组停药后复发情况 见表 4。结果示治疗组复发率低,优于对照组($P < 0.05$)。

3 讨论

颈源性眩晕属中医学“项痹”范畴,始载于《黄帝内经》,与髓海不足、血虚、邪中等多种因素有关,《灵枢·海论》曰“髓海不足,则脑转耳鸣,胫酸眩冒”。《灵枢·大惑论》云“故邪中于顶,因逢其身之虚……入于脑则脑转,脑转则引目系急,目系急则目眩以转矣”。《灵枢·卫气》说“上虚则眩”,有“无风不作眩”、“无虚不作眩”的说法。中医学认为本病病因为肝肾阴虚、风阳上扰、气血亏虚、痰瘀内阻,致髓海不足,脑窍失养,则发眩晕。治疗上应以补肾益精、滋阴填髓、活血通络作为基本法则,再根据虚实不同而选择相应药物。笔者自拟颈宁方治疗本病,方中鸡血藤补血、活血、通络。骨碎补补肾强骨。熟地黄补精益髓、滋阴填髓。肉苁蓉补肾阳,益精血。淫羊藿补肾阳,强筋骨,祛风湿。鹿角胶补肝肾,益精血,治肾阳不足,精血亏虚,虚劳羸瘦。地龙息风通络。莱菔子降气化痰^[2]。白芍用于血虚萎黄^[3]。杞子滋补肝肾,益精明目。菊花疏风清热,清肝明目,主治肝肾阴虚,目暗昏花,肝阳上亢头痛眩晕。淮山药益气养阴,兼能收涩,滋补强壮。白芷祛风胜湿。葛根升阳,主治身热、呕吐,作为引经之药^[2]。诸药合用共奏补肾益精,滋阴填髓,强筋壮骨,活血通络之功,标本兼治,缓解颈源性眩晕,疗效肯定。

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 37.
- [2] 刘时觉. 中医教程新编[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 55, 139, 140, 45, 154.
- [3] 张晓辉, 邵宏君, 阚文军. 刺宁方治疗神经根型颈椎病急性期临床研究[J]. 中国中医急症, 2011, 20(3): 479.

(收稿日期 2014-06-18)

清肺保元汤联合西药治疗重症肺炎临床观察

沈贵洪 吕 益 胡玲玲

(浙江省杭州市萧山区第三人民医院, 浙江 杭州 311251)

中图分类号: R563.1 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0177-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.072

【摘要】目的 分析重症肺炎患者应用清肺保元汤联合西药治疗临床疗效。**方法** 106 例重症肺炎患者随机分为对照组和治疗组各 53 例。对照组予头孢哌酮/舒巴坦钠治疗。治疗组于对照组基础上加用清肺保元汤治疗。分别于治疗前、后评估患者中医证候积分和临床疗效;同时于治疗前、后分别检测患者血清干扰素- γ (IFN- γ) 和白介素-2 (IL-2) 及白介素-6 (IL-6) 水平、凝血功能组合。**结果** 治疗后, 治疗组治疗有效率为 94.34% 与对照组 90.57% 差异不大 ($P>0.05$); 两组患者中医证候积分均较治疗前比较明显下降 ($P<0.05$), 但两组间比较差异不大 ($P>0.05$)。两组 IFN- γ 和 IL-2 及 IL-6 均较治疗前均明显下降 (均 $P<0.05$), 且治疗组较优于对照组 ($P<0.05$)。两组 PT、TT、APTT 及 DDI 均较治疗前升高 (均 $P<0.05$), FIB 下降 ($P<0.05$), 且治疗组优于对照组 (均 $P<0.05$), 而 PLT 差别不大 ($P>0.05$)。**结论** 应用清肺保元汤联合西药治疗重症肺炎患者, 其可有效改善患者临床症状, 同时抑制 IFN- γ 和 IL-2 及 IL-6 过度分泌而缓解其炎症反应, 从而促进康复, 提高临床疗效。

【关键词】 重症肺炎 中药清肺保元汤 头孢哌酮/舒巴坦钠 日达仙

重症肺炎是一种常见感染性急危重症, 其发展快且死亡率高。发病主要因免疫力低下, 尤其是老年人群。日达仙可增强患者细胞免疫功能, 提高临床疗效; 头孢哌酮/舒巴坦钠具有较好抗感染效果。但长期使用会带来较多不良反应, 尤其是易致耐药菌等产生。中药治疗具有清热解毒和涤痰开窍效果, 进而改善或减轻患者应激反应, 促进其临床呼吸功能等改善。本研究分析探讨中药清肺保元汤联合西药治疗临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 所选病例符合 2007 年美国感染疾病学会和美国胸外科学会共同制定的重症肺炎诊断标准; X 线胸片提示双侧或多肺叶受累; 少尿、尿量 $< 20 \text{ mL/h}$ ^[1]。排除 2 周内采用糖皮质激素或免疫抑制剂等药物治疗者、严重性免疫低下和精神疾病及严重性肺性脑病者; 妊娠或哺乳期妇女、恶性肿瘤疾病者。中医辨证属邪热壅肺型。本次研究方案经我院伦理委员会批准, 患者自愿参加研究且签署知情同意书。

1.2 临床资料 选取 2012 年 6 月至 2014 年 6 月期间杭州市萧山区第三人民医院所收治 106 例重症肺炎患者。按随机抽签法分组为对照组和治疗组各 53 例。对照组男性 34 例, 女性 19 例; 年龄 37~78 岁, 平均 (62.50 ± 1.50) 岁; 病程 2.4~7.8 d, 平均 (4.1 ± 1.0) d; 急性生理与慢性健康评分系统 II (APACHE II) 评分为 (23.47 ± 5.27) 分。治疗组男性 30 例, 女性 23 例; 年龄 39~75 岁, 平均 (61.00 ± 1.00) 岁; 病程 2.1~7.9 d, 平均 (3.8 ± 1.0) d; APACHE II 评分为 (22.75 ± 5.38) 分。两组

病程、年龄等资料差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.3 治疗方法 对照组予头孢哌酮/舒巴坦钠 [浙江亚太药业股份有限公司, 国药准字 H20045191, 规格: 1.0 g (头孢哌酮 0.5 g 与舒巴坦 0.5 g), 批号: 20130124] 3.0 g 静滴, 每 12 小时滴注 1 次; 日达仙 (Patheon Italia S.p.A., 批准文号: 注册证号 H20120531, 规格: 1.6 mg $\times$ 2 支) 1.6 mg, 皮下注射, 每日 1 次。治疗 21 d。治疗组于对照组基础上加用清肺保元汤: 浙贝母 12 g, 法半夏 15 g, 紫花地丁 15 g, 白芍 10 g, 百部 15 g, 瓜蒌皮 10 g, 桑白皮 12 g, 桔梗 10 g, 杏仁 15 g, 丹参 15 g, 瓜蒌仁 10 g, 云苓 15 g, 赤芍 10 g, 陈皮 10 g, 当归 15 g, 甘草 3 g 等。水煎服, 取 200 mL 服用, 每日 1 剂, 早晚各服 1 次, 7 d 为 1 疗程, 治疗 3 个疗程。病重不能口服者给予鼻饲。

1.4 观察指标 分别于治疗前、后评价患者中医证候积分和临床疗效。中医证候积分根据患者临床咳嗽和痰量及胸闷、体温等评分, 分别为正常 (0 分)、轻度 (1 分)、中度 (2 分)、重度 (3 分)、极重度 (4 分)。同时于治疗前、后分别检测患者血清干扰素- γ (IFN- γ) 和白介素-2 (IL-2) 及白介素-6 (IL-6) 水平。取患者静脉血液 3 mL 离心处理, 4 $^{\circ}\text{C}$ 下 12000 r/min 离心 10 min, 然后取血清于 -80 $^{\circ}\text{C}$ 冰箱中保存, 并于 1 h 内采用双抗体夹心 ELISA 法检测 (试剂盒购于美国 BD 公司) 凝血功能组合: 凝血酶原时间 (PT)、部分凝血活酶时间 (APTT)、凝血酶时间 (TT)、纤维蛋白原 (FIB)、D-二聚体 (DDI)、血小板数量 (PLT)。

1.5 疗效评价 参照《中药新药临床研究指导原则》判断^[2]。痊愈: 治疗后, 患者临床症状和体征及实验室等检查均恢复正常。显效: 治疗后, 患者以上各项指标

均明显好转。有效:治疗后患者病情好转,但不明显。无效:治疗后患者病情无明显改善,甚至加重。有效率=(治愈+显效+有效)/总例数 $\times 100.00\%$ 。

1.6 统计学处理 应用 SPSS19.0 统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。计数资料采用率表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效和中医证候积分比较 见表 1。两组中医证候积分均较治疗前明显下降($P < 0.05$),但两组比较差异不大($P > 0.05$)。两组总有效率比较差异不大($P > 0.05$)。

表 1 两组临床疗效和中医证候积分变化情况比较

组别	n	中医证候积分(分)		临床疗效(n)				总有效率(%)
		治疗前	治疗后	痊愈	显效	有效	无效	
治疗组	53	3.29 $\pm$ 0.67	0.59 $\pm$ 0.30*	31	16	3	3	94.34
对照组	53	3.31 $\pm$ 0.57	0.61 $\pm$ 0.31*	26	17	5	5	90.57

与本组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 两组血清指标改善及 APACHE II 情况比较 见表 2。两组 IFN- γ 和 IL-2 及 IL-6 较治疗前均明显下降(均 $P < 0.05$),且治疗组较对照组下降更为显著(均 $P < 0.05$)。

表 2 两组治疗前后血清各项指标改善情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	IFN- γ	IL-2	IL-6
治疗组	治疗前	191.25 $\pm$ 17.86	27.02 $\pm$ 3.89	313.52 $\pm$ 44.01
	治疗后	132.61 $\pm$ 6.86* $^{\Delta}$	12.01 $\pm$ 1.95* $^{\Delta}$	107.62 $\pm$ 26.58* $^{\Delta}$
对照组	治疗前	189.67 $\pm$ 18.01	26.86 $\pm$ 4.01	312.75 $\pm$ 43.75
	治疗后	168.95 $\pm$ 12.31*	15.74 $\pm$ 2.29*	139.27 $\pm$ 31.27*

与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。下同。

2.3 两组凝血功能指标情况比较 见表 3。两组 PT、TT、APTT 及 DDI 均较治疗前升高(均 $P < 0.05$),FIB 下降($P < 0.05$),且治疗组优于对照组($P < 0.05$),而 PLT 与治疗前比较差异不大($P > 0.05$)。

表 3 两组凝血功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	PLT($\times 10^9/L$)	PT(s)	TT(s)	APTT(s)	DDI(mg/L)	FIB(g/L)
治疗组	治疗前	158.36 $\pm$ 80.11	10.49 $\pm$ 1.82	26.99 $\pm$ 7.33	23.11 $\pm$ 10.25	1.06 $\pm$ 0.61	3.08 $\pm$ 0.98
	治疗后	171.21 $\pm$ 76.28	16.54 $\pm$ 3.38* $^{\Delta}$	37.33 $\pm$ 9.17* $^{\Delta}$	53.33 $\pm$ 12.96* $^{\Delta}$	1.95 $\pm$ 0.8* $^{\Delta}$	1.54 $\pm$ 0.62* $^{\Delta}$
对照组	治疗前	157.84 $\pm$ 79.98	10.54 $\pm$ 1.76	27.69 $\pm$ 7.12	22.69 $\pm$ 10.23	1.02 $\pm$ 0.52	3.11 $\pm$ 1.02
	治疗后	165.95 $\pm$ 81.26	13.69 $\pm$ 3.28*	32.67 $\pm$ 8.96*	36.66 $\pm$ 11.35*	1.62 $\pm$ 0.81*	2.36 $\pm$ 0.78*

与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $^{\Delta}P < 0.05$ 。

3 讨论

由于重症肺炎患者多合并较多基础性疾病,同时免疫力低下,进而使得细菌容易黏附于患者呼吸道而发生增殖^[3]。随着临床抗菌药物滥用而导致了大量耐药菌出现,因此临床单纯采用常规西药等治疗而难以达到较好治疗效果。

重症肺炎可属于中医学“温病”和“喘证”等范畴,肺主表,外邪入侵,首先犯肺,邪气郁久化热,炼液为痰,痰热壅盛,肺失宣肃,故见咳嗽、咯痰、喘息等症,因此临床需采用清热解毒和宣肺化痰治疗^[4]。清肺保元汤方具有清肺泻火和化痰止咳功效,现代药理学研究发现,紫花地丁和虎杖均可清热泻火和凉血解毒,虎杖含有白藜芦醇,其具有抗氧化和抗血小板聚集及调节免疫等药理活性,同时还可抑制患者肺部感染所致炎症反应,减轻或避免肺损伤,紫花地丁对人体内多种酶活性均有作用,进而调节患者免疫功能和代谢功能;百部和法半夏及陈皮、茯苓具有理气化痰效果;赤芍和当归具有活血化瘀和助肺主治节的效果;甘草则可调和诸药,具有祛痰止咳和抗病毒及抗菌等作用。

相关报道证实^[5],血清 IL-2 水平在慢性阻塞性肺疾病感染急性期迅速升高,而在感染恢复期,其水平又迅速下降。本研究也表明说明采用清肺保元汤治疗,可有效抑制患者 IL-2、IL-6、IFN- γ 过度分泌,减轻炎症反应,促进免疫稳态恢复。两组凝血功能指标均较治疗前改善,且中西联合治疗优于单纯西药治疗。

综上所述,清肺保元汤联合西药与单纯西药治疗均可有效改善患者临床症状,且效果相当。中西联合治疗,其可有效抑制炎症反应,改善患者凝血功能紊乱,促进患者康复。

参考文献

- [1] Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A, et al. Infectious diseases society of America/American thoracic society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults[J]. Clin Infect Dis, 2007, 44 (Suppl 2): 27-72.
- [2] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 53.
- [3] 唐阿梅, 刘良丽. 苗药清肺保元汤治疗难治性肺炎的思路与方法[J]. 贵阳中医学院学报, 2009, 31(1): 31.
- [4] 胡静, 郭永洁. 宣白承气汤在肺系疾病急性期治疗中的运用[J]. 中国中医急症, 2009, 18(8): 1286-1287.
- [5] 宋洁, 蒲增惠, 戴琳, 等. 慢性阻塞性肺病患者淋巴细胞颗粒溶素的表达及其与血清 γ 干扰素、白介素 2 相关性研究[J]. 国际呼吸杂志, 2009, 29(11): 4.

(收稿日期 2014-09-22)

双防引力汤改善脑梗死恢复期患者肢体功能障碍临床观察

刘燕婉 颜志刚 何莉娜

(广东省广州市光塔街社区卫生服务中心, 广东 广州 510120)

中图分类号: R743.9 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0179-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.073

【摘要】目的 观察双防引力汤在改善脑梗死患者肢体功能障碍方面的临床疗效。**方法** 120 例患者分为治疗组和对照组。两组均采用规范Ⅱ级预防及康复锻炼;治疗组加服双防引力汤汤剂,15 d 为 1 个疗程。**结果** 两组总有效率差异有统计学意义($P < 0.01$),治疗第 15 日、第 30 日,治疗组痊愈率明显高于对照组($P < 0.01$)。两组治疗前各因素比较,差异不明显($P > 0.05$)。治疗第 15 日,治疗组、对照组 NHISS 评分、肌力、肌张力变化明显,但治疗组和对照组比较差异不明显;治疗第 30 日,治疗组及对照组 NHISS 评分、肌力、肌张力亦变化较前有明显变化,且治疗组效果优于对照组($P < 0.05$),在肌力、肌张力改善方面尤为明显。**结论** 双防引力汤在改善脑梗死患者肢体功能障碍方面具有较好的临床治疗效果。

【关键词】 双防引力汤 脑梗死 肢体功能障碍

肢体运动功能障碍是脑梗死患者遗留的重要功能障碍,如果治疗得当,可以最大程度地恢复患者的生活自理能力。笔者以双防引力汤改善脑梗死患者肢体功能障碍,减少残障,取得较好的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 全部病例来自于广州市光塔街社区卫生服务中心 2009 年 7 月至 2014 年 2 月住院的脑梗死恢复期患者 120 例。所有患者按照《中国脑血管病防治指南》^[1]进行确诊,符合诊断标准的脑梗死恢复期患者。中医诊断标准按照 1993 年《中药新药临床研究指导原则》。纳入(1)符合脑梗死恢复期诊断标准;(2)无意识障碍,无严重认知障碍(MMSE 评分:文盲 >17 分,小学 >20 分,中学 >24 分),无严重语言障碍(BDAE 评分 >3 级);(3)神经功能缺损无继续进展;(4)年龄 50~80 岁。(5)符合阴虚风动证候诊断。(6)发病 14 d 到 3 个月。排除对本药成分过敏者;合并有心、肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重内科疾病患者。入选患者按照随机数字表法分为对照组和治疗组各 60 例。其中治疗组男性 37 例,女性 23 例;年龄 52~79 岁,平均(62.71 $\pm$ 5.94)岁;平均病程(14.61 $\pm$ 3.72) d。对照组男性 29 例,女性 31 例;年龄 54~77 岁,平均(63.84 $\pm$ 8.75)岁;平均病程(15.32 $\pm$ 3.89) d。两组患者性别、年龄、病程差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 治疗方法 两组均按照 2005 年《中国脑血管病防治指南》进行规范化的卒中Ⅱ级预防。所有患者均口服阿司匹林肠溶片 0.1 g,每日 1 次,阿托伐他汀钙片 10 mg,每晚 1 次,针对不同患者,积极控制血压、血糖使其达标。并配合针灸及康复锻炼。治疗组加服双防引力汤,组成:生龙骨 30 g(先煎),生牡蛎 30 g(先煎),

防己 24 g,生地黄 45 g,桂枝 6 g,防风 15 g,甘草 15 g,石膏 60 g。每日 1 剂,采用一方制药厂生产的颗粒制剂,上午 10:00 至 11:00,下午 3:00 至 4:00 服用。两组均治疗 15 d。

1.3 主要观察指标 (1)临床疗效评定:按文献[2]执行,分基本痊愈(功能缺损评分减少 90%~100%,病残程度为 0 级)、显著进步(功能缺损评分减少 46%~90%,病残程度为 1~3 级)、进步(功能缺损评分减少 18%~45%)、无变化(功能缺损评分减少 17%左右)、恶化(功能缺损评分增多 18%以上)及死亡 6 级。(2)临床神经功能缺损程度评分(NHISS):按照《中国脑血管病防治指南》^[1]及《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》^[2]进行评定。在入组时及治疗 15、30 d 后进行相关评分。(3)肌力、肌张力评定:按文献[3]执行。

1.4 统计学处理 应用 SPSS15.0 统计软件。计量资料组间比较采用 t 检验(方差不齐采用秩和检验),计数资料组间比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 见表 1。治疗第 15 日、第 30 日,两组总有效率差异有统计学意义($P < 0.01$)。同时,第 15 日,治疗组、对照组痊愈率分别为 13.33%、11.67%。第 30 日,两组痊愈率分别为 25.00%、15.00%。治疗组均高于对照组($P < 0.01$)。

2.2 两组治疗前后 NHISS 评分比较 见表 2。两组入院时各因素比较,差异不明显($P > 0.05$)。治疗第 15 日,治疗组、对照组 NHISS 评分与本组治疗前比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),但治疗组和对照组比较差异不明显($P > 0.05$)。治疗第 30 日,治疗组及对照组

表 1 两组临床疗效比较(n)

组别	时间	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	死亡	总有效率(%)
治疗组 (n=60)	第 15 日	8	20	20	12	0	0	80.00 [△]
	第 30 日	15	24	17	4	0	0	93.33 [△]
对照组 (n=60)	第 15 日	7	12	11	29	1	0	50.00
	第 30 日	9	16	26	9	0	0	85.00

与对照组同时期比较, [△]P<0.01。

NHSS 评分亦变化较治疗前有明显变化, 且治疗组效果优于对照组。

表 2 两组治疗前后 NHSS 评分情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	入院时	第 15 日	第 30 日
治疗组	60	21.25±7.1	14.9±5.4 [*]	11.5±3.2 ^{*△}
对照组	60	22.48±6.4	16.1±4.7 [*]	14.8±3.1 [*]

与本组入院时比较, ^{*}P<0.05; 与本组第 15 日比较, [△]P<0.05; 与对照组同时期比较, [△]P<0.05。下同。

2.3 两组治疗前后肌力、肌张力比较 见表 3。两组入院时肌力、肌张力差异不明显 ($P>0.05$)。治疗第 15 日, 治疗组、对照组肌力、肌张力与本组治疗前比较, 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 但治疗组和对照组比较差异不明显 ($P>0.05$)。治疗第 30 日, 治疗组及对照组肌力、肌张力变化较治疗前有明显变化, 且治疗组效果优于对照组。

表 3 两组治疗前后肌力变化情况比较(n)

组别	时间	肌力	肌张力
治疗组 (n=30)	入院时	1.52±0.21	3.21±0.92
	第 15 日	2.58±0.72 [*]	1.95±0.55 [*]
	第 30 日	3.48±0.93 ^{*△}	1.02±0.19 ^{*△}
对照组 (n=30)	入院时	1.48±0.19	3.18±0.90
	第 15 日	1.88±0.56 [*]	2.86±0.81 [*]
	第 30 日	2.26±0.71 [*]	1.02±0.19 [*]

3 讨论

脑卒中是高发病率, 高复发率, 高致残率的疾病, 其治疗的关键点在于康复, 缺血性中风约占中风总数的 55%~80%^[4-5]。因此, 改善脑梗死患者的肢体运动功能障碍是我国中风病防治研究的重中之重。大量研究表明, 脑卒中后脑功能的恢复在前 3 个月, 特别是最初的 4 周最快。干预措施越早, 患者的功能恢复和整体疗效就越好^[6]。

中医认为中风病不同发病阶段有不同的病机特点。清·叶天士提出“内风”, 并提出对后世影响深远的育阴息风、平肝潜阳之法。后世张山雷在《中风斟论》中

提出治疗中风应以介类为第一良药。张伯龙以“潜镇摄纳”为中风治疗之纲, 即潜阳镇逆、固阴益液。张锡纯制镇肝熄风汤, 天冬、芍药、玄参养阴, 龙牡、赭石潜阳, 川楝疏肝, 重用牛膝引血下行。至此, 育阴息风, 平肝潜阳成为治疗中风的大法。现代也有大量使用育阴息风、平肝潜阳之法治疗中风急性期、恢复期的临床报道^[7-9]。

本研究之双防引力汤来源于仲景的《金匮要略·中风历节病脉证并治》篇中所载候氏黑散、风引汤、防己地黄汤三方。候氏黑散“治大风四肢烦重, 心中恶寒不足者。《外台》治风癰”。组成: 菊花四十分, 白术十分, 细辛三分, 茯苓三分, 牡蛎三分, 桔梗八分, 人参三分, 矾石三分, 黄芩五分, 当归三分, 干姜三分, 川芎三分, 桂枝三分。风引汤“除热癰”, 组成: 大黄、干姜、龙骨各四两, 桂枝三两, 甘草、牡蛎各二两, 寒水石、滑石、赤石脂、白石脂、紫石英、石膏各六两。防己地黄汤“治病如狂状, 妄行, 独语不休, 无寒热, 其脉浮”。防己一钱, 桂枝三钱, 防风三钱, 甘草一钱, 生地黄二斤。纵观此三方, 候氏黑散以菊花清热平肝, 皂矾化痰开窍; 风引汤以金石介类潜阳, 大黄通腑; 防己地黄汤以大量地黄滋阴养血以潜阳, 三方互联。开后世中风病治疗育阴息风、平肝潜阳大法的先河。

本研究通过双防引力汤对脑梗死患者肢体功能障碍的研究, 证实双防引力汤能使得患者的肢体功能缺损降低, 疗效优于常规的综合治疗, 且未发生严重出血等不良事件, 是治疗中风的有效方之一。

参 考 文 献

- [1] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [2] 全国第 4 届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
- [3] 王拥军. 卒中单元[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2004: 490-492.
- [4] 南登昆, 缪鸿石. 康复医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 1-2.
- [5] Johansson BB. Brain plasticity and stroke rehabilitation [J]. Stroke, 2000, 31: 233.
- [6] Sherrill SR. Early intervention care in the acute stroke patients[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1986, 67: 319-321.
- [7] 王宝亮, 金大玉, 黄志强. 育阴熄风化痰汤结合针灸治疗中风硬瘫[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009, 12(7): 62-63.
- [8] 杨秀清. 育阴潜阳醒脑法治疗急性中风 195 例[J]. 陕西中医, 1990, 11(1): 8-9.
- [9] 汤效群, 朱兰飞, 顾庆波. 育阴潜阳活血通络法治疗脑梗死 35 例临床研究[J]. 中医临床研究, 2011, 2(15): 8-9.

(收稿日期 2014-07-24)

· 临证经验 ·

温通法治疗带状疱疹初探

陈常富¹ 唐瑜之^{2△}

(1. 重庆市开县陈常富诊所, 重庆 405400; 2. 重庆市开县中医院, 重庆 405400)

中图分类号: R752.1+2 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0181-02

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.074

【关键词】 带状疱疹 辨证论治 温通法

带状疱疹, 中医称“蛇串疮”, 为临床常见病毒性皮肤病。西医常以抗病毒、免疫增强剂, 对症止痛, 配合外用药物为主治疗^[1]。中医多从湿热立论, 按病程分期, 以湿热轻重分型。证之临床, 确有效验。然其“阳虚毒瘀”型, 亦时有所见, 而文献鲜有记载, 教材亦未提及, 故笔者就此作一初探, 不妥之处, 敬祈斧正。

1 中医学观点

带状疱疹, 是水痘一带状疱疹病毒感染所致常见的急性炎症性皮肤病, 因其病毒具亲神经性, 故临床出现沿单侧神经呈带状分布的、群集簇生而绕以红晕的水痘, 并伴持续性神经痛样疼痛为特征, 中医病名繁多, 但多通称“蛇串疮”, 属温病范畴^[2]。一般认为, 本病多湿热为患, 阻滞气机, 流窜经脉, 病及肝胆心脾而发。根据湿热偏重之异和临床特征之殊, 其证型不外乎急性期分热重、湿重型, 恢复期或后遗症期分气滞、气虚、阴虚、夹瘀等型。如《医宗金鉴》之肝心风热、脾肺湿热型^[3];《中医急诊学》之热盛、湿盛、气滞血瘀型^[4];《中医症状鉴别诊断学》之湿热壅滞、脾虚湿盛、热毒灼营、气虚血瘀型^[5];《现代中医治疗学》之湿热郁滞、湿热化火、热毒入营、阴血耗伤型^[6]等, 不一而足。其治疗大法常先期以清热利湿、解毒化瘀为法, 后期则养阴柔肝、活血通络而治, 历代均禁温法, 而《现代中医治疗学》更是明确垂训——当“谨守疮家忌发汗之旨, 若误用辛温发散, 则病情迅速扩散加重”。因此, 自古以来, 无论是历史文献还是现行教材, 对此病的治疗均罕见温法并将其列为禁忌。

2 阳虚毒瘀乃发带状疱疹

素体阳虚之人, 复感湿热邪毒, 或误治伤阳, 以致阳虚不能逐邪于内, 邪毒瘀阻经络不能透达于外, 从而形成“阳虚毒瘀”之证。此时尤当详辨疾病本质, 若墨守成规, 按图索骥, 予以寒凉攻邪, 必致阳气大伤、邪毒难除。其证候特点为: (1) 病程较长, 多见于年迈体衰之

人; (2) 全身有畏寒肢冷, 口淡不渴, 神疲乏力等症; (3) 局部表现灼热、疼痛不著, 麻、痒、重着突出; (4) 舌质淡白胖嫩, 或有齿痕, 苔滑不燥, 脉沉缓或沉细无力。治当审症求因, 辨证论治, 时时顾护阳气, 予以温通之法。常以当归四逆汤合瓜蒌散加减治之。

3 典型案例

患者, 女性, 56 岁, 农民, 重庆云阳县人, 以右颞部刺痛半月, 群集性疱疹 8 d, 于 2013 年 10 月 27 日 22 时前来求诊。初诊(2013 年 10 月 27 日): 自述半月前出现右侧颞部刺痛不已, 皮肤未见异常, 经间断口服止痛药治疗 8 d 无效, 1 周前出现颞眉部泛发疱疹, 疼痛难忍, 寝食难安, 经当地中心卫生院按带状疱疹予以输液等中西医结合治疗 7 d 无效(方药不详)。刻下症见: 右侧颞部疱疹簇集如粟粒, 沿眉尾向眉头呈带状分布, 疹周红晕, 上下眼睑明显水肿, 眼裂变窄, 时欲流泪, 局部刺痛, 麻木而痒, 头重如裹, 寒热时作(体温正常), 口淡不渴, 近 4 d 食欲全无, 舌体淡白, 有齿痕, 舌尖淡红, 苔白微厚而水滑, 脉弦细无力, 查体无异常。诊断为带状疱疹(三叉神经眼支)。此乃素体阳虚, 感受湿热疫毒, 复因失治误治重伤阳气而形成阳虚毒瘀之证。治以温阳散寒、除湿化瘀, 以当归四逆汤合瓜蒌散加减: 当归 15 g, 桂枝 12 g, 赤芍 30 g, 细辛 8 g, 甘草 6 g, 瓜蒌壳 15 g, 瓜蒌仁 50 g, 红花 10 g, 炮姜 10 g, 黄芪 12 g, 川芎 15 g, 丹参 20 g, 泽兰 20 g, 防风 10 g, 白芷 10 g, 羌活 8 g, 僵蚕 15 g。1 剂, 水煎服, 每日 3 次。二诊(2013 年 10 月 29 日): 服药 1 剂, 疼痛大减, 时有刺痒, 寒热消除, 食欲转佳, 水肿大减, 疱疹停止发展, 开始皱皮结痂, 舌苔变薄, 脉弦细, 效不更方, 以原方出入 3 剂。三诊(2013 年 11 月 1 日): 药后所有疱疹均已结痂, 红晕消退, 偶觉发痒, 不疼痛, 无寒热, 水肿消失, 食欲大增, 精神如常, 舌淡苔薄, 脉细弱。此寒除毒解, 然仍阳虚血少。故以温阳养血以善其后, 方药: 当归 12 g, 桂枝 10 g, 白芍 20 g, 瓜蒌壳 12 g, 瓜蒌仁 40 g, 红花 10 g, 炮姜 6 g, 甘

△通信作者(电子邮箱: tyz-571026@163.com)

“诸风掉眩,皆属于肝”的临床应用

丁自娟

(浙江省宁海县中医医院,浙江 宁海 315600)

中图分类号:R249 文献标志码:A 文章编号:1004-745X(2015)01-0182-02

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.075

【关键词】 诸风掉眩,皆属于肝 临床应用

“诸风掉眩,皆属于肝”,出自《素问·至真要大论》篇,属于“病机十九条”之一,对后世中医学理论和临床影响颇深,被诸多医家用作“动摇、眩晕、抽搐”等风证的辨证纲要,至今还指导着临床实践。

1 “诸风掉眩,皆属于肝”浅析

“诸风掉眩,皆属于肝”中“诸”字,不是“凡是”或“所有”的意思,只作“多数”或“大多数”解。诸风,指多种风证。风,这里用以概括掉眩病证具有风类特点。掉眩,指肢体动摇不定和头目眩晕之类的证候。皆,是“同”、“同样”的意思,不能作完全、全部讲。属,是联系、有关的意思,有关联、有联系。全句意谓多种肢体动摇不定和头目眩晕的风证,大都与肝的病变有关。张介宾注云“掉,摇也。眩,运也。风主动摇,木之化也,故属于肝。其虚其实皆能致此。如发生之纪,其动摇眩巅疾,厥阴之复,筋骨掉眩之类者,肝之实也。又如阳明司天,掉振鼓栗,筋痿不能久立者,燥金之盛,肝受邪也;太阴之复,头顶痛重而掉戇尤甚者,木不制土,湿气反胜,皆肝之虚也。故《卫气》篇曰“下虚则厥,上虚则眩,亦此之谓”(《类经·疾病类一》)。可见,肝虚、肝实均可导致掉眩之证,而掉眩之证涉及的范围也非常广泛。

掉眩之所以属肝,是因为肝为风木之脏,将军之官,罢及之本,肝藏血、主疏泄,主谋虑,在体合筋、开窍于目,在液为泪,在志为怒,在声为呼,筋、目之病为肝所主。肝体阴而用阳,主升主动,其病机极易化风动风。该条病机以言简意赅的论述,揭示出振摇、眩晕一类的病证从肝论治的重要性。掉眩概括了内风病的证候特点,所赅症状甚广,为临床辨证提供了极大的方便。人体内外、脏腑经络、组织器官,凡应动而动之太过,或不应动而见之动象者,均属于“掉”的范围。应动而动之太过,如四肢颤动、抽搐,两目上视或震颤,独头动摇等是;不应动而见动象,如肢体筋肉跳动,面肌抽动等。在临床上可广泛应用于肢体颤抖、抽筋、头晕等表现的美尼尔氏综合征、脑血管疾病、高血压、帕金森氏病等诸多疾病的治疗。

2 病案举隅

2.1 病案 1 患某,女性,48 岁,个体经营业主。2012

年 9 月 12 日以“发作性眩晕 3 d”就诊。该患近 3 年曾多次发作突发性眩晕,西医诊断为“美尼尔氏综合征”,经治疗好转。3 d 前因劳累、生气再发。现症头晕较剧,如坐舟车,视物旋转,恶心、呕吐,耳鸣如蝉。经用西药山莨菪碱、安定、氟桂利嗪等治疗未见明显好转。舌质红,苔黄腻,脉弦滑。辨证为风痰上扰之证。治拟平肝熄风、化痰开窍。方药:半夏白术天麻汤加减。制半夏 12 g,白术 15 g,天麻 15 g,陈皮 10 g,茯苓 15 g,钩藤 15 g,泽泻 20 g,郁金 10 g,石菖蒲 10 g,黄芩 10 g,栀子 15 g,甘草 6 g。水煎服。每日 1 剂。服至 3 剂已明显缓解。守方再服 5 剂,诸症悉解。

按:现代医学认为,美尼尔氏综合征是一种特发性内耳疾病,该病主要的病理改变为膜迷路积水,临床表现为反复发作的旋转性眩晕、波动性听力下降、耳鸣和耳闷胀感。治疗以调节自主神经功能、改善内耳微循环、解除迷路积水为主。属中医学眩晕证的范围。该病例劳倦伤脾,水湿内停,积聚成痰,痰浊中阻,加之怒气伤肝,痰火夹肝阳上蒙清窍所致。今用半夏白术天麻汤健脾燥湿,平肝熄风,酌加钩藤以增强平肝熄风之效,郁金、石菖蒲通阳开窍,泽泻健脾化湿利水,黄芩、栀子清热泻火,甘草调和诸药。诸药协同,平肝熄风并化痰开窍,故疗效迅捷。

2.2 病案 2 患某,男性,63 岁,退休工人。2013 年 5 月 8 日就诊。患高血压病 10 余年,素嗜烟酒,形体厚实。因近 2 个月来血压不稳定,前来就诊。时有头晕胀痛,每因劳累或情绪波动而加重,近 1 周来有心悸,轻度耳鸣,心烦,夜寐不安,口苦等。舌质红,苔黄,脉弦。辨证为肝阳上亢之证。治拟平肝潜阳,滋养肝肾。方药:天麻钩藤饮加减。天麻 9 g,钩藤 12 g,石决明 20 g,栀子 15 g,黄芩 10 g,川牛膝 15 g,杜仲 15 g,益母草 15 g,桑寄生 15 g,茯苓 15 g,夜交藤 30 g,远志 10 g,酸枣仁 10 g,郁金 10 g,淮小麦 30 g。水煎服,每日 1 剂。服药 5 剂后,自觉头晕胀痛明显好转,夜寐转安,血压亦有所下降。上方再服 7 剂,基本稳定。

按:阳盛体质之人,阴阳平衡失其常度,阴亏于下,肝阳上亢,上冒清空,故发为头晕头痛,劳则伤肾,怒则伤肝,可使肝阳更盛,故头晕头痛加剧。肝旺则心烦易

怒,肝火扰动心神,故夜寐不安,口苦、舌质红、苔黄、脉弦皆是肝阳上亢之征。故以天麻、钩藤、石决明平肝熄风,栀子、黄芩清热泻火,使肝经之热不致偏亢,益母草活血利水,牛膝引血下行,配合杜仲、桑寄生能补益肝肾,茯苓、夜交藤、远志、酸枣仁安神定志,淮小麦养心除烦,郁金行气解郁。诸药合用,共达平肝潜阳,滋养肝肾之目的。

2.3 病案 3 患某,男性,74 岁,农民。2010 年 10 月 13 日就诊。平素较为操劳,偶发头晕,均能自愈。1 周前劳累后出现头昏乏力,起则恶心,休息后未能缓解,伴耳鸣,少寐多梦,右半身麻木。舌质红,苔少,脉弦细。头颅 CT 提示“左侧基底节区腔隙性脑梗死”。辨证为肝肾阴虚,肝阳上扰之证。治拟滋阴潜阳,镇肝熄风。方药:镇肝熄风汤加减。怀牛膝 30 g,生赭石 30 g(先煎),生龙骨 15 g(先煎),生牡蛎 15 g(先煎),生龟板 15 g(先煎),生白芍 15 g,玄参 15 g,天冬 15 g,川楝子 6 g,柴胡 15 g,白芍 10 g,甘草 6 g。水煎服,每日 1 剂。服药 5 剂后,自觉诸症减轻,但耳鸣仍无明显好转。上方加熟地黄 20 g,山萸肉 10 g。继服 7 剂。自诉耳鸣明显好转,头晕、乏力减轻。守原方加减,共服药 20 余剂,诸症悉解,健康如初。嘱其调节生活节奏,保持心情愉快,遇事不急不躁,注意劳逸结合。患者遵医嘱,至今健康。

按:年老肾精亏虚,又加操劳过度,伤骨损髓,脑髓失充,故眩晕时作。肾水亏于下,肝阳亢于上,风阳内动,挟痰走窜经络,脉络不畅,故发为头昏、耳鸣、偏身麻木,肾阴不足,心肾不交,则少寐多梦,舌质红、苔少、脉弦细为肝肾阴虚之象。方中重用牛膝、赭石为君。牛膝最善引血下行,重用牛膝,可以将随风上逆之血引而下行,令血不致瘀阻于上。赭石色赤而入血,石体质重而下行,善于平定上逆之挟血肝风。两药相伍,一刚一柔,主治血逆之标实。龙骨、牡蛎、龟板,最善滋阴潜阳。龙、龟、牡蛎皆水中之物,而入药皆用其骨,故善将浮越之阳潜降于水中。白芍养血柔肝而缓肝风之急,玄参、天冬善养阴而清热,诸药共用为臣。方中川楝、柴胡、白芍疏肝柔肝,故用为佐药,生草调和为使。复诊加熟地黄、山萸肉以补益肝肾。诸药同用,共奏镇肝熄风、滋阴潜阳之功。

2.4 病案 4 患某,女性,38 岁,2012 年 11 月 16 日就诊。反复失眠 1 年余。入睡困难,多梦易醒,平素心情抑郁,心烦胸闷,时有叹息,多方求治无果,病情逐渐加重,服用艾司唑仑 2 片,每晚睡眠 3 h 许。现症头痛目眩,口燥咽干,两胁作痛,乏力神疲,烦躁易怒,形体消瘦,精神不振,纳呆口苦,头、手颤动,月经不调,舌尖红,苔薄黄,脉弦。辨证为肝郁不疏,虚风内动,上扰心神。治拟疏肝健脾、安神熄风。方药:逍遥散加减。柴胡

10 g,白芍 10 g,甘草 10 g,茯苓 15 g,当归 15 g,白术 15 g,天麻 15 g,钩藤 15 g,石决明 30 g,夜交藤 15 g,牡丹皮 15 g,栀子 15 g。水煎服,每日 1 剂。服药 5 剂后,自觉诸症减轻,失眠稍好转。上方加淮小麦、灵磁石各 30 g。继服 7 剂,睡眠好转,头手颤动及乏力均见轻,纳食增加,心情舒畅。予原法出入,再服药 2 周,以巩固疗效。

按:该患者以失眠为主症,应属中医“不寐”的范畴。患者心情抑郁,肝失条达,肝郁抑脾,耗伤心气,营血暗耗,心失所养,神失所藏,致心神不安,肝气横逆,致头痛、目眩、胁痛等证随之而起。其头手震颤,正合“诸风掉眩”之意,属虚风内动之象。故治疗拟疏肝健脾,宁心安神,佐以平肝熄风之品而获良效。方中柴胡疏肝解郁,当归、白芍养血柔肝,白术、茯苓健脾去湿,使运化有权,气血有源,甘草益气补中,缓肝之急,牡丹皮、栀子清肝经郁热,加上天麻、钩藤、石决明平熄肝风,夜交藤、淮小麦养心安神,灵磁石镇静安神。诸药同用,共奏疏肝健脾,安神熄风之功。

3 小 结

风在中医学中有内风和外风之分。“诸风掉眩,皆属于肝”,本条所论属于内伤,所指乃肝病生风引发的掉眩症状,属于内风范畴,内风是脏腑变化导致的病变,因其特点与风类似,所以称内风,并认为与肝密切相关,乃有肝风之称。临床上,凡是见到有抽搐、眩晕等表现,皆可以风辨治,并将其与肝联系起来考虑,但应注意证有虚实之别。如肝热生风,肝阳化风、肝郁生风等为肝脏本身的病证,又肾者水脏,主水藏精,若肾阴内虚,水不涵木则木燥而生风,精虚血少,血不养肝则血虚而生风,此乃肾病及肝。临证时均按上述不同的证候与病机进行辨证,分别采用凉肝化风、清热熄风、疏肝平肝、养血柔肝、滋肾平肝等治法。中医认为,风性“善行而数变”,并可挟湿、挟热、挟寒,在临证时切不可掉以轻心,仍需辨证明确治疗及时得当,方不致有误。综合以上病案,因临床表现都有掉或眩的证候,所以都从风辨治,并追本溯源求之于肝,取得满意疗效,可见,深刻理解“诸风掉眩,皆属于肝”对风证的辨治具有重要的指导意义。尤其值得强调的是,一般只认为肢体异常动象才属风象,目前有观点认为这是一种片面的看法,实际上人体内脏也有异常动象存在,它同样与风与肝密切相关,如心动过速,肠鸣亢进,呼吸急促等亦与肝风相关,在辨证治疗中考虑风和肝往往可提高疗效,甚至取得意想不到的效果,对这一点笔者还有待在临床中进一步体验。

(收稿日期 2014-08-01)

中医护理促进脑卒中偏瘫患者康复的临床观察*

钟绍敏 吴 斌 吴 怡 朱启梦[△]

(重庆市中医院, 重庆 400021)

中图分类号: R248.1 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0184-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.076

【摘要】目的 观察中医护理对脑卒中患者肢体康复的促进作用。**方法** 104 例有肢体功能障碍的脑卒中患者, 随机分成基础护理组与中医护理组, 各 52 例。中医护理组在基础护理组的基础上给予中医辨证施护。观察两组临床疗效。**结果** 中医护理组患者的治疗总有效率为 66.45%, 显著高于基础护理组患者之 55.10% ($P < 0.05$)。两组治疗后 FMA、Barthel 指数评分明显改善, 且中医护理组改善更明显 (均 $P < 0.05$)。**结论** 中医护理无论在脑卒中偏瘫患者的肢体功能康复过程中, 还是在患者身体机能恢复过程中, 均发挥着重要的促进作用; 通过对脑卒中偏瘫患者进行中医护理, 有效地改善其生活质量。

【关键词】 脑卒中 偏瘫 中医护理 肢体康复

Observation of TCM Nursing on Rehabilitation in Hemiplegia Patients after Stroke ZHONG Shaomin, WU Bin, WU Yi, et al. Chongqing Traditional Chinese Medicine Hospital, Chongqing 400021, China

【Abstract】Objective: To observe the effect of TCM nursing on rehabilitation in hemiplegia patients after stroke. **Methods:** 104 stroke cases with limb dysfunction were randomly divided into the basic nursing group and the TCM nursing group with 52 patients in each group. Besides that the basic nursing methods were used in 2 groups, the TCM nursing group was added the TCM differentiation nursing. **Results:** The total effective rate of the TCM nursing group with 66.45% was higher obviously than that of the basic nursing groups with 55.10% ($P < 0.05$). **Conclusion:** It is important of the TCM nursing in the recoveries including the limb and physical function which can improve the patients' life qualities

【Key words】 Stroke; Hemiplegia; TCM nursing; Limb rehabilitation

脑卒中包括蛛网膜下腔出血、脑出血、脑梗死等一系列急性脑血管疾病, 中医又称为中风, 其主要特点为突然起病, 局灶性神经功能缺失。其有偏瘫、偏盲、失语等严重后遗症, 导致脑卒中患者的生活质量下降, 增加家庭经济负担。2008 年 4 月卫生部公布的第 3 次全国居民死因调查的结果显示, 脑血管意外居城乡居民死亡原因第 1 位, 其死亡人数占每年总死亡人数的 22.45%, 其中 75% 的脑卒中患者丧失劳动能力, 40% 的重度致残^[1-2]。中医认为, 脑卒中偏瘫患者在康复过程中, 属于邪气已除、正气尚未完全恢复的时期, 为治疗的佳时期。本研究旨在观察中医护理在脑卒中偏瘫治疗过程中所发挥的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 根据 2004 年卫生部疾病控制司、中华医学会神经病学分会制定的《中国脑血管防治指南》^[3]

的诊断标准对患者进行诊断: 全部病例在发病 1 周内均需经过头颅 CT 或 MRI 检查进行诊断, 并对脑卒中种类进行区分。纳入标准: 需头颅 CT/MRI 已检查确诊; (2) 出现肢体偏瘫的患者; (3) 正处于肢体恢复期; (4) 年龄 40~86 岁, 性别不限。排除标准: 虽符合上述纳入标准但不接受住院治疗或中途出院者; (2) 其他原因所致的肢体偏瘫者; (3) 刚发生脑卒中而处于急性期, 或已处于后遗症期患者; (4) 40 岁以下或 86 岁以上的患者; (5) 合并有严重并发症, 如严重心脏病、重度肺炎、皮肤感染、严重水/电解质紊乱、多脏器功能衰竭等; 符合其中 1 项, 均不能参加; (6) 正在参加其他治疗试验者。

1.2 临床资料 2011 年 1 月至 2013 年 12 月在重庆市中医院经 MRI/CT 确诊住院的脑卒中偏瘫患者 104 例, 年龄 43~86 岁, 均有不同程度的肢体活动障碍, 按随机盲选法分为中医护理组和基础护理组各 52 例。其中中医护理组男性 32 例, 女性 20 例; 年龄 45~86 岁, 平均 (58.69±8.92) 岁; 脑梗死 29 例, 脑出血 23 例。基础护理组男性 27 例, 女性 25 例; 年龄在 43~81 岁,

* 基金项目: 国家中医药管理局“十二五”中医重点建设专科 (国中医药政发[2012]2 号)

[△] 通信作者 (电子邮箱: 1794724961@qq.com)

平均(56.78±9.38)岁;脑梗死 32 例,脑出血 20 例。两组患者在性别、年龄、病程等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.3 护理方法 基础护理组患者采用常规神经内科护理方法进行护理,中医护理组患者则在常规神经内科护理方法的基础上加以按摩、推拿、针灸、穴位贴敷等中医疗法,具体措施如下:(1)肢体锻炼。每日不定时间段,鼓励患者有意识的用健侧肢体带动患侧肢体进行有效的运动,如上抬,外展,下勾等,包括精细运动的练习,如捡小物品,用脚手指随音乐有节奏的运动等,主要保持各关节的活动,防止功能减退,肌肉萎缩;关节活动每日 3~5 遍,每遍 5~15 次;每 6 小时改变 1 次体位,用不同体位进行练习,对于偏瘫程度较严重,不能自行翻身的患者,可每 24 小时翻身 1 次。(2)语言训练。对面部肌肉瘫痪的患者,不能使用口腔共鸣而发出声音的患者,可鼓励患者用喉部发“啊”音或“哦”音进行声带训练;对于能够自己正常能发音的患者,可随时进行鼓腮,吹气,或大声读书的方式进行恢复。(3)穴位按摩。以中医穴位学理论为基础,根据症状不同而选择相对应的穴位进行按摩,一般头面部症状选择上关、下关、太阳、当阳等穴,上肢症状选择天泉、天髃、肩髃、尺泽、外关等穴,下肢症状选气冲、承扶、殷门、委中、飞扬、阴陵泉等穴。(4)针灸治疗。和穴位按摩一样,根据症状的不同,而选取不同的穴位进行针灸,一般头面部症状选择上关、下关、太阳、当阳等穴,上肢症状选择天泉、天髃、肩髃、尺泽、外关等穴,下肢症状选气冲、承扶、殷门、委中、飞扬、阴陵泉等穴,每日 1 次,每次 6~12 h,7 d 为 1 个疗程。

1.4 疗效标准 (1)参照 Ashworth 痉挛评定肢体肌力的变化^[4]:恢复正常为治愈,降低 2 级及以上为显效,肌张力降低 1 级为有效,无明显变化或增加为无效,总有效率(%)=(痊愈+显效+有效)/该组总数×100%。(2)Fugl-Meyer 运动功能评分法(FMA)对治疗后患肢运动功能改变进行评定^[5]:小于 50 分为严重,50~84 分为明显,85~94 分为中度,95~99 分为轻度。(3)采用 Barthel 指数对治疗后日常生活能力进行评定^[6]:40 分及 40 分以下为差,41~60 分为中,大于 60 分为良。

1.5 统计学处理 应用 SPSS19.0 统计软件处理。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,并采用 t 检验,计数资料采用百分率表示并采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者痉挛疗效比较 见表 1。结果示,中医护理组总有效率明显优于基础护理组($P<0.05$)。

2.2 两组患者 FMA 和 Barthel 指数评分比较 见表 2。与入院时比较,两组治疗 30 d 后 FMA 评分和

表 1 两组患者 Ashworth 痉挛改善比较(n)

组别	n	中途转组	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
基础护理组	52	6	0	8	19	22	27(55.10)
中医护理组	52	3	6	12	18	19	36(65.45) [△]

与基础护理组比较,[△] $P<0.05$ 。

Barthel 指数评分明显改善($P<0.05$),治疗后组间比较,中医护理组优于基础护理组($P<0.05$)。

表 2 两组患者 FMA 评分和 Barthel 指数评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	FMA 评分	Barthel 指数评分
基础护理组	入院时	19.5±16.7	28.2±17.8
($n=52$)	观察 30 d 时	38.5±25.3*	53.2±24.5*
中医护理组	入院时	18.2±15.2	35.4±25.4
($n=52$)	观察 30 d 时	54.3±21.2* [△]	75.3±19.2* [△]

与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与基础护理组同时期比较,[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

脑血管疾病在中医又称“中风”,属于神经系统中的常见疾病,其发病率较高,呈逐年上升的趋势。以发病隐匿,起病急,多发于中老年患者为特征,其以肢体偏瘫、感觉障碍、失语、视力障碍或伴有短暂的意识障碍等症状,对患者的心理产生严重影响,严重者会导致患者产生自杀动机,因而早期积极有效的治疗和护理,对患者的康复发挥着重要的作用。

中医学认为脑卒中的基本病因为阴阳失调、气血逆乱,上犯于脑,而引起不同的肢体或头面部机体障碍的症状。脑卒中偏瘫因体内瘀血阻滞经络,致肢体活动障碍。故对脑卒中偏瘫患者治疗和中医护理当以活血化瘀、舒经活络为主^[6],中医护理将从根本上解决偏瘫的原因。据此,本研究在常规内科护理模式下进行中医护理,根据不同偏瘫患者的疾病进程和证候的不同,辨证地给予按摩、推拿、针灸等护理干预,从而达到活血化瘀、舒经活络的目的。

研究表明,经过中医护理后,患者痉挛状况、FMA 和 Barthel 指数评分得到明显改善,生活质量显著提高。综上所述,脑卒中偏瘫患者在临床治疗过程中,如能在接受药物治疗的同时,进行及时有效地中医护理,不但有效地帮助患者肢体功能的恢复,促进患者康复,提高患者生活质量,还有助于患者重新回归社会的信心,减轻患者家庭负担。

参考文献

- [1] 邵欣,李峥.脑卒中一级预防护理干预的研究进展[J].中华护理杂志,2008,43(6):544-546.
- [2] 刘琼芳.PDCA 循环在脑卒中康复患者健康教育中的应用[C].武汉市第 4 届学术年会论文集.武汉:武汉理工大学及武汉电源学会,2010:1.
- [3] 全国第 4 届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J].中国实用内科杂志,1997,17(5):

- 57-59.
- [4] 马志英, 王秋云. 按期分经电针法治疗脑卒中后偏瘫痉挛期疗效观察[J]. 河北中医, 2009, 31(9): 1361-1362.
- [5] 谢德利. 现代康复护理[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 594.

- [6] 张雅静, 张小兰, 马延爱, 等. Barthel 指数量表应用于急性脑卒中患者生活能力测量的信度研究[J]. 中国护理管理, 2007, 7(5): 30-32.

(收稿日期 2014-08-18)

合并肝硬化的胆管结石 ERCP 治疗的护理*

朱 虹 刘俊丽 林一帆 高文艳[△]

(中国人民解放军沈阳军区总医院, 辽宁 沈阳 110840)

中图分类号: R248.2 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2015)01-0186-03

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2015.01.077

【摘要】目的 探讨合并肝硬化的胆管结石 ERCP 治疗的护理方法。**方法** 对 34 例经 ERCP 治疗的合并肝硬化的胆管结石患者的护理进行回顾性分析。**结果** 经适当的个体化治疗和精心的护理, 34 例患者中 28 例一次性取石成功, 4 例因结石过大, 2 次取石成功; 2 例因结石位置偏高, 未能取石成功, 放置越过结石的支架内引流。术中发生食管静脉曲张合并出血 1 例, 内镜括约肌切开后出血 3 例, 术后胰腺炎 3 例, 一过性肝性脑病加重 2 例。**结论** 适当的、个体化治疗和护理, 以及严密的病情观察是患者顺利手术和康复的基础和保证。

【关键词】 胆管结石 肝硬化 ERCP 并发症 护理

Nursing of Choledocholithiasis Combined With Liver Cirrhosis Treated by ERCP ZHU Hong, LIU Junli, LIN Yifan, et al. Chinese PLA General Hospital of Shenyang Military District, Liaoning, Shenyang 110840, China

【Abstract】Objective: To investigate the methods of nursing choledocholithiasis combined with liver cirrhosis treated by ERCP. **Methods:** 34 patients were analyzed retrospectively with choledocholithiasis combined with liver cirrhosis that treated by ERCP. **Results:** Appropriate individualized treatment and careful nursing, in 34 patients, 28 cases removed stones one time, 4 cases removed stones two times for too large. 2 cases due to the high stone location, stone failed to remove successfully and placed crossed drainage stent within the stone. During operation, esophageal varices hemorrhage occurred in 1 case, EST postoperative bleeding in 3 cases, 3 cases of postoperative pancreatitis, a transient exacerbation 2 cases of hepatic encephalopathy. **Conclusion:** Appropriate, individualized treatment and nursing plus close observation of the patient is the foundation and guarantee a smooth surgery and rehabilitation.

【Key words】 Choledocholithiasis; Liver cirrhosis; Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP); Complications; Nursing

肝硬化患者胆管结石的发生率为 23%~59%, 是非肝硬化患者的 2~3 倍^[1]。随着肝硬化患者病情进展, 常常有多种临床合并症, 如食管胃底静脉曲张、腹水、凝血机制障碍、肝性脑病等。无论是外科手术还是内镜治疗, 均易发生消化道出血、继发感染等并发症, 致使肝功能损害加重, 甚至出现急性肝功能衰竭而危及生命。因此, 对于肝硬化合并胆管结石患者选择适合的治疗方式, 降低病死率是临床上的难题。本研究以合并肝硬化的胆管结石行内镜逆行胰胆管造影技术 (ERCP) 治疗的患者为研究对象, 给予个体化治疗和护理,

效果良好, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院 2008 年 3 月至 2012 年 3 月间因肝硬化合并胆管结石接受 ERCP 治疗的患者。其中男性 20 例, 女性 14 例; 平均年龄 (61.2±11.2) 岁; 其中单纯胆总管结石 28 例, 胆总管结石合并肝内胆管结石 6 例; 肝硬化病因构成: 乙型肝炎后肝硬化 13 例 (38.2%), 乙型肝炎+丙型肝炎后肝硬化 4 例 (11.8%), 酒精性肝硬化 4 例 (11.8%), 继发性胆汁性肝硬化 6 例 (17.6%), 不明原因肝硬化 7 例 (20.6%)。本组伴腹水 18 例, 大量腹水 4 例; 伴食管胃底静脉曲张 26 例, 其中轻度 6 例, 中度 14 例, 重度 6 例 (4 例既往有食管曲张静脉破裂出血史); 伴梗阻性化脓性胆管炎 24 例。

* 基金项目: 辽宁省博士启动基金 (20101132)

[△] 通信作者 (电子邮箱: gaowy1999@126.com)

1.2 治疗及转归 34 例患者中 28 例一次性取石成功,4 例因结石过大,2 次取石成功;2 例因结石位置偏高,未能取石成功,放置越过结石的支架内引流。一次性取石成功病例中 5 例因胆道感染不重,术后未留置鼻胆管和胆管内支架;15 例考虑胆道感染较重且存在中重度的食管静脉曲张,留置胆管内支架保证胆汁引流;8 例因胆道化脓性感染较重,而食管静脉曲张为轻度,留置鼻胆引流管;二次取石成功病例中,均为轻度食管静脉曲张,首次 ERCP 术后先留置鼻胆引流管,经鼻胆管溶石治疗后再行 ERCP 取石成功;2 例取石未成功者,因食管静脉曲张为重度,直接放置越过结石的支架内引流,未再尝试取石。内镜治疗过程中发生食管静脉曲张合并出血 1 例,内窥镜括约肌切开术(EST)后出血 3 例,术后胰腺炎 3 例,一过性肝性脑病加重 2 例,无穿孔发生;住院期间无病例死亡。

2 护 理

2.1 术前及非手术治疗的护理

做好宣教工作,阐明手术的目的、方法、优缺点及配合方法,以便取得患者及家属的积极配合;指导患者进食易消化、富含维生素的软食或半流食,为机体补充必要的营养物质;注意休息,保证充分的睡眠,缓解焦虑情绪;训练患者床上大小便;观察患者精神状态,详细询问有无黑便、牙龈出血、腹胀、腹痛、发热等。术前化验凝血酶原时间明显延长者,术前常规予维生素 K₁注射液 20 mg/d 静滴;血小板计数 $<20 \times 10^9/L$ 者,术前输注血小板 10 U;有出血倾向同时,输注冷沉淀 10 U;食管胃底静脉曲张者术前常规应用生长抑素类似物,并做好术前备血 2 单位左右。

2.2 术后护理

2.2.1 生命体征的观察 手术、麻醉、出血均可引起患者体温、脉搏及血压的变化。应对患者的生命体征加强观察,如有异常变化,能够做到及时发现、及时处理。当患者的收缩压低于 90 mmHg、脉率突然增快时,则有内出血的可能,应及时报告医生。

2.2.2 出血的护理 合并肝硬化的胆总管结石患者行 EST 治疗,术后死亡者中 14.3%~16.6%与消化道出血相关^[1-2],因此手术出血是合并有肝硬化患者行内镜治疗的重要风险。本组患者中,尽可能采用球囊扩张的方法而避免 EST,若必须 EST 也以小切开为主。对于凝血机制差、平素有牙龈等出血、食管静脉曲张尤其是镜下见食管红斑征的患者,要有预见性护理。首先针对此类患者要应用生长抑素类似物预防胰腺炎,因为如生长抑素或奥曲肽类药物,在预防胰腺炎的同时也有降低门静脉压力的作用,从而减少出血的风险。此类患者的观察,要特殊关注出血的间接征象,如头晕、心慌,血压下降、心率增快等,要通知医生,密切观察患者的生

命体征;一旦发现有鼻胆管引流管中引流出鲜血,或出现呕血、便血,要立即报告医生,协助医生尽快实施防治出血措施及输血等,维持生命体征。必要时协助医生将患者送往内镜室再行内镜下止血治疗。本组患者术中发生食管静脉曲张合并出血 1 例,EST 术后出血 3 例,均给予内镜下止血处置后血止。

2.2.3 术后合并胰腺炎和高淀粉酶血症的护理 急性胰腺炎和高淀粉酶血症是 ERCP 及 EST 术后的一种常见的并发症,文献报道其发生率分别为 1%~39%和 40%~50%。术后预防性地应用生长抑素类似物是相当多临床医生的选择。术者的操作水平、结石的大小、操作时间长短、胰腺是否显影等均可能成为是否发病的重要因素。有文献认为内镜下球囊扩张胆道口括约肌较 EST 更容易合并胰腺炎^[3]。因此,术后对患者的不适主诉要给予足够的重视。急性胰腺炎多发生于术后数小时内,症状主要表现为上腹部疼痛、腹胀及恶心、呕吐,化验血淀粉酶、脂肪酶升高。结合症状和术后次日常规化验的血淀粉酶水平可明确诊断。一旦出现胰腺炎,首先患者要禁食水、呕吐明显需要胃肠减压,腹痛明显给予局部持续湿热敷,腹胀明显可给予复方甘油灌肠液灌肠或者给予清胰利胆汤(生大黄 15 g,莪术 10 g,柴胡 10 g,延胡索 15 g,牡丹皮 10 g,赤芍 10 g,厚朴 10 g,枳实 10 g,金钱草 30 g)灌肠。若患者出现焦虑情绪,积极给予心理疏导,因不良的情绪可能会导致胆道口括约肌痉挛,加重病情。

2.2.4 术后肝性脑病的护理 患者若在术前即存在肝性脑病,术后不易苏醒,而且可在麻醉后病情加重,尤其合并有感染和出血的病例。针对该类患者,除了要与患者家属做好沟通之外,对患者病情的密切观察非常重要,如患者出现烦躁不安,要与患者家属共同协助管理好患者,难以配合用药需要增加束缚带;当患者出现意识的突然变化,要及时通知医生,给予适当的处置。因患者术后需要禁食水,因此乳果糖灌肠是临床常用的方法,剂量在 60~120 mL 不等,如果乳果糖获得困难,则可选择食醋,降低肠道内 pH 值,减少氨的吸收。其他如六合氨基酸和门冬氨酸鸟氨酸作为静脉制剂也可以选择。

2.2.5 营养支持 肝硬化的患者本身蛋白合成障碍,在营养的摄取上也有存在不足的可能,加之合并有胆石症,常常进一步影响营养的摄入和蛋白质的合成,因此,此类患者的营养支持常常是必要的。如患者术后禁食水,静脉营养要注意对脂溶性、水溶性维生素、多种微量元素的补充,尤其是维生素 C 的供给量应更多一些;一旦明确术后未合并有胰腺炎,则可进食,进食以营养丰富、易消化的软食或流食为宜。若有肝性脑病的发生,饮食应以碳水化合物为主,应占总能量的 75%,依据病情轻重,控制蛋白质的摄入量。低蛋白饮食常

会导致钙、铁、维生素 B₂、维生素 K 等缺乏,应在饮食之外予以补充。水和盐的供给视有无腹水和水肿而定,如果伴有腹水或水肿者,低盐或无盐饮食常常是必要的。

2.2.6 心理护理 一般来讲,肝硬化患者因反复发作、住院,大多数患者出现消极、负面的情绪,一旦合并有胆石症,患者的恐惧、焦虑情绪尤为明显,而不良的心理状态,除了会延缓疾病的痊愈之外,还可有加重病情的可能。因此,加强与患者的沟通,与患者建立良好的信任关系,积极主动与患者交谈,耐心倾听并解答患者提出的问题,经常给予鼓励和支持,使患者树立自信心,以积极乐观的态度面对自己的疾病。临床护理中正确应用解释、安慰、鼓励、保证暗示、指导等支持性方法解决患者存在的心理问题。

3 讨论

虽然本组患者中未发生更多的并发症,但合并有

肝硬化的胆管结石患者行内镜治疗有较高的并发症发生率,并且有一定的死亡率,在文献中已得到认同。因此,适当的、个体化治疗和护理,严密的病情观察是保证患者顺利手术和康复的基础和保证。

参 考 文 献

- [1] Sugiyama M, Atomi Y, Kuroda A, et al. Treatment of choledocholithiasis in patients with liver cirrhosis. Surgical treatment or endoscopic sphincterotomy? [J]. Ann Surg, 1993, 218: 68-73.
- [2] Chijiwa K, Kozaki N, Naito T, et al. Treatment of choice for Choledocholithiasis in patients with acute obstructive suppurative cholangitis and liver cirrhosis [J]. Am J Surg, 1995, 170: 356-360.
- [3] Fujita N, Maguchi H, Komatsu Y, et al. Endoscopic sphincterotomy and endoscopic papillary balloon dilation for bile duct stones: A Prospective randomized controlled multicenter trial [J]. Gastrointest Endosc, 2003, 57: 151-155.

(收稿日期 2014-07-12)

(上接第 181 页)

草 10 g, 黄芪 12 g, 白术 15 g, 生地黄 20 g, 鸡血藤 50 g, 丹参 20 g, 川芎 12 g。5 剂调理而愈。

按:患者寒热时作、麻木痛痒,为湿热疫毒瘀滞、正邪交争使然,但其口淡不渴,食欲全无,眼睑水肿、头重如裹,乃阳虚脾失温运、水湿内困之证候。其病机关键为邪瘀互结、阳虚毒瘀。故自始至终以温通阳气为法,故予当归四逆汤加减温通之。其方本为血虚寒厥之“手足厥寒,脉细欲绝者”而设。此处借其温通之力以温阳散寒,养血通脉以治其本;合以瓜蒌、红花、甘草,即《医学心悟》之瓜蒌散,专“治肝气躁急而胁痛,或发水泡”者;更加羌活、防风、白芷、赤芍、丹参、泽兰、僵蚕等温通发散,化瘀解毒,分治其标;且芪、兰相伍,有益气托毒、活血利水之功,故取效甚捷。即使在三诊病已向愈,于大剂养血柔肝的同时,仍不忘患者阳虚之体质,配以桂枝、炮姜温阳扶正,以善其后。

4 结 语

综上所述,带状疱疹多为湿热郁滞,流窜经络所

致,历代多以湿热疫毒立论。然证之于临床,“阳虚毒瘀”亦非罕见。常因素体阳虚,或误治伤阳,正不胜邪,阳虚寒化而致阳虚毒瘀。其证候特点为:灼热疼痛较轻,麻痒重着突出,且畏寒、舌淡、脉沉无力。医者临证,当师古不泥古,知常达变、审症求因、法随证立,有是证即用是药,放胆运用温通之法,方可取得满意疗效。

参 考 文 献

- [1] 杨秉辉, 乌正赉. 社区常见健康问题 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001.
- [2] 彭胜权, 林培政. 温病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [3] 吴谦. 医宗金鉴 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963.
- [4] 陈佑邦, 王永炎. 中医急诊医学 [M]. 福州: 福建科学技术出版社, 2002.
- [5] 姚乃礼. 中医症状鉴别诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1984.
- [6] 郭子光, 熊曼琪, 徐木林, 等. 现代中医治疗学 [M]. 成都: 四川科技出版社, 2002.

(收稿日期 2014-08-26)